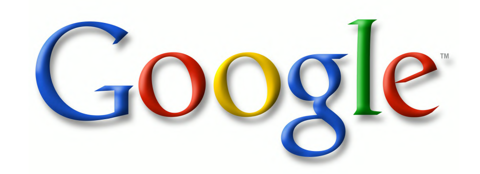


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

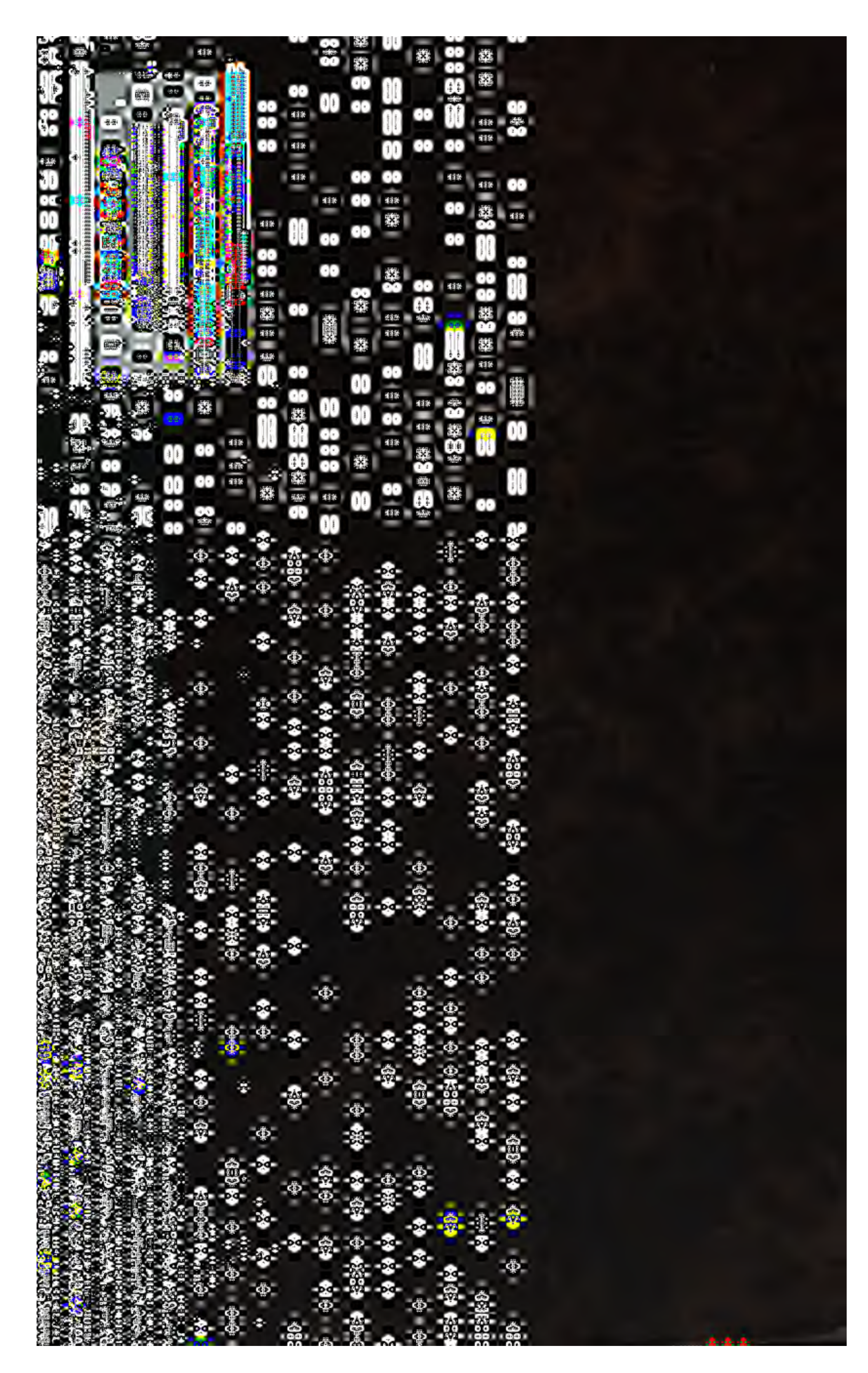
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

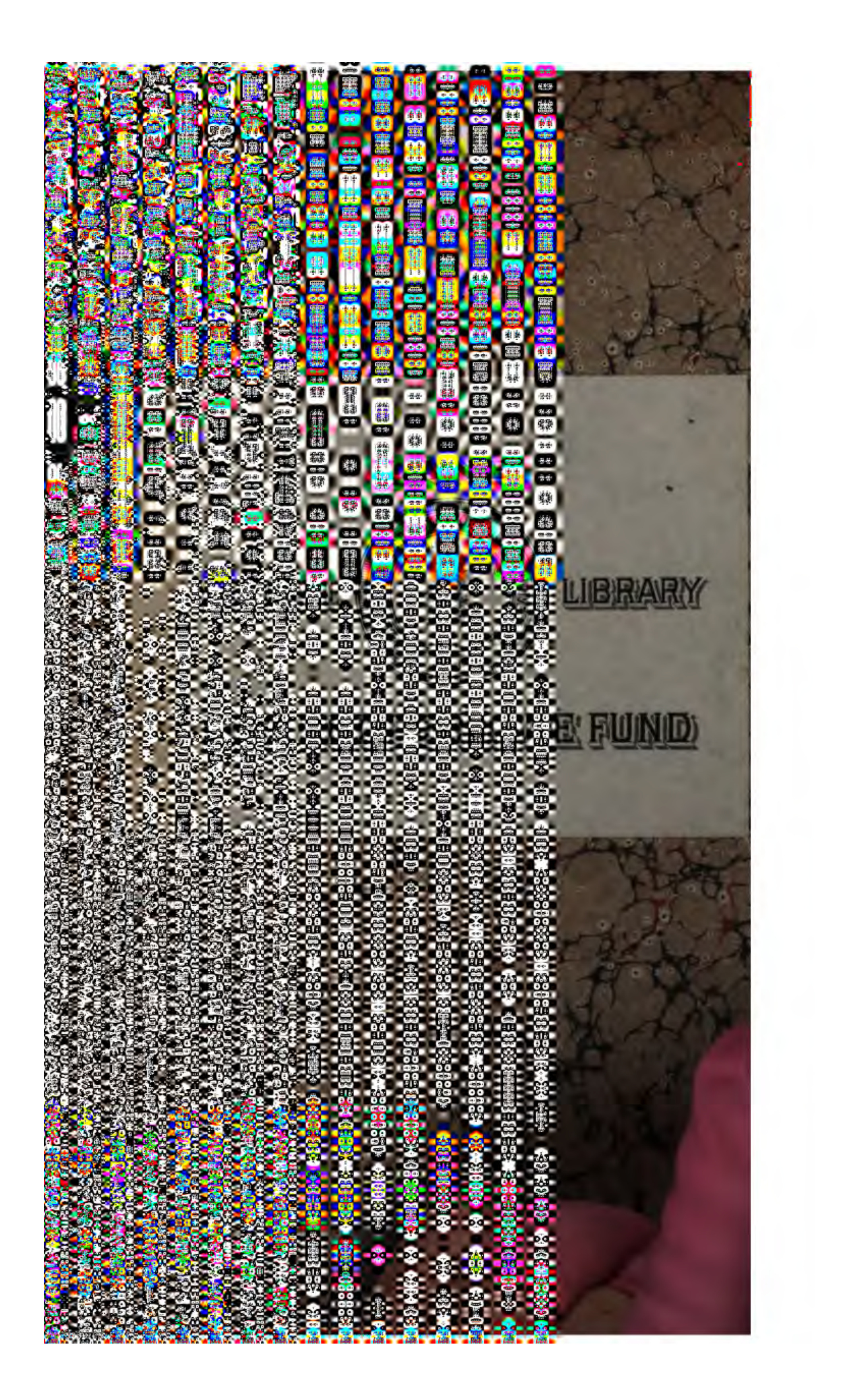
We also ask that you:

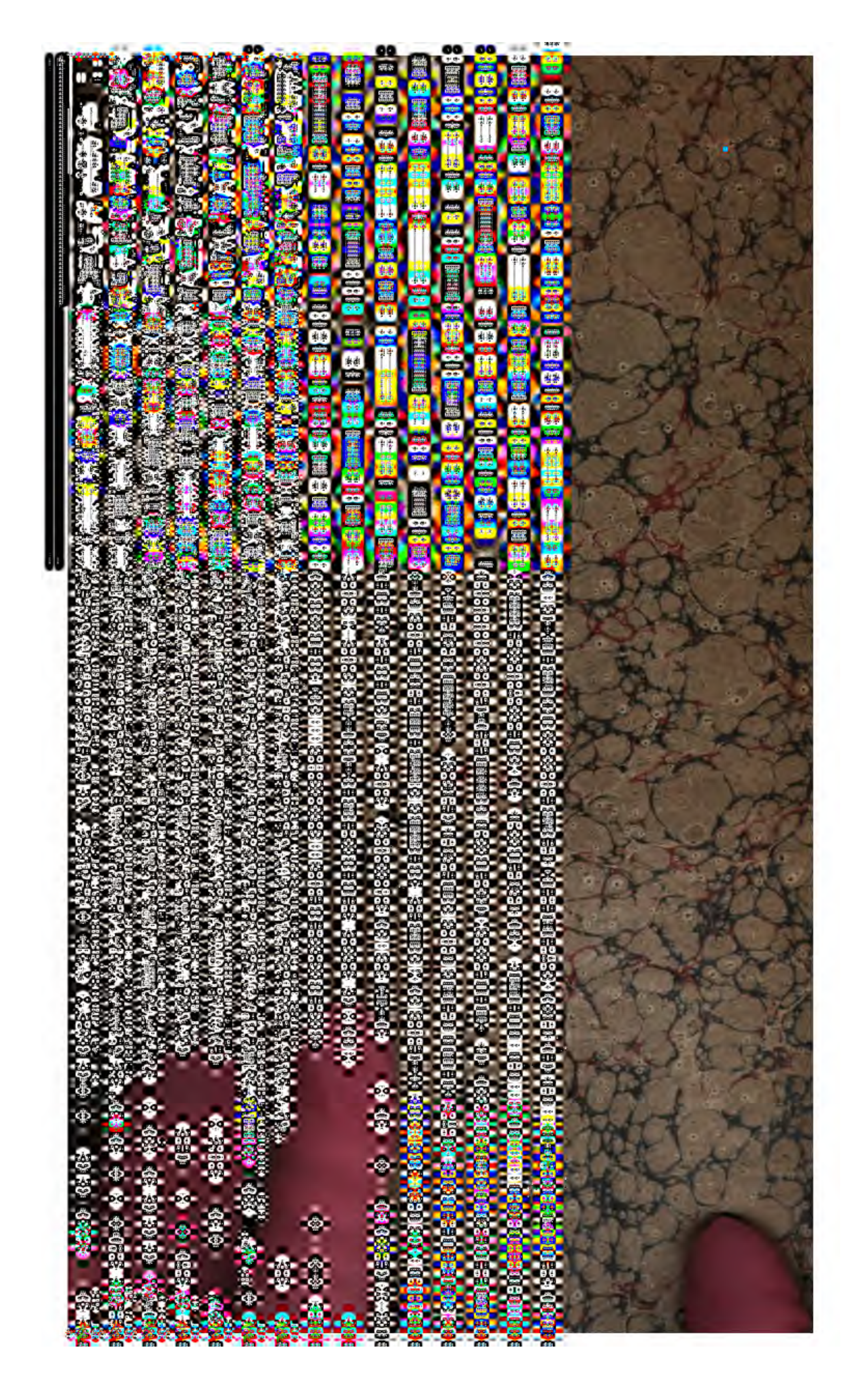
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`




LIBRARY
FUND



H. Slack



GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

—

TOME DEUXIÈME.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation, 1 vol. in-8. 8 fr. 50

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS. 1 vol. in-8. 8 fr.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

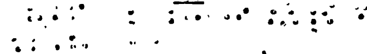
ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, de la Société
physico-médicale d'Erlangen, etc.

Troisième édition, revue, corrigée et augmentée.



TOME DEUXIÈME.

MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES. — MALADIES DES VOIES DIGESTIVES.



A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19;
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET;
A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY;
A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.
1853

LANE LIBRARY



L41
V18
v.2
1853

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE DEUXIÈME.

Maladies des voies circulatoires (SUITE).

CHAPITRE IV.

MALADIES DU PÉRICARDE.

Depuis les premiers temps de l'anatomie pathologique, on a reconnu que le péricarde est très sujet à des affections graves, qui laissent après elles des traces très évidentes. Les taches, les fausses membranes récentes ou anciennes, les accumulations de sérosité, de pus, etc., furent bientôt observées dans un très grand nombre de cas et frappèrent vivement les observateurs. Mais n'ayant point de moyens d'exploration suffisants, et les signes des affections du péricarde étant souvent obscurs, les médecins qui précédèrent Laënnec éprouvèrent des difficultés insurmontables à rallier ces lésions à une série de symptômes constituant une maladie distincte. Laënnec lui-même, qui n'accordait pas assez d'importance à l'inspection et à la percussion de la poitrine, et qui, peut-être aussi, n'eut pas le temps d'étudier suffisamment les affections du péricarde, s'est presque toujours contenté d'exposer avec le plus grand soin l'anatomie pathologique, et à peine a-t-il indiqué quelques symptômes d'une faible valeur.

Mais, dans ces derniers temps, M. Louis, et après lui MM. Bouillaud, Hache, Hope et plusieurs autres, poussant plus loin l'observation, et mettant en usage tous les moyens d'exploration connus, sont parvenus à porter le diagnostic des maladies du péricarde à un plus haut degré de précision que celui même des autres affections du cœur. Ici, par conséquent, les documents ne nous manqueront pas, au moins sur les principales questions.

Je vais passer tour à tour en revue ces affections, en commençant par la péricardite aiguë.

ARTICLE I.

PÉRICARDITE AIGUE.

Malgré les articles assez nombreux consacrés à la péricardite, on peut dire que cette affection n'était point connue avant que M. Louis (1) en eût fait l'objet d'un Mémoire fondé sur l'analyse de plusieurs observations qu'il a recueillies. On en est facilement convaincu en lisant les premiers mots de Corvisart sur cette maladie (2) : « Son invasion brusque, dit-il, sa marche rapide, sa terminaison presque subite, laissent à peine le temps nécessaire pour en fixer le caractère et en déterminer le siége. » Laënnec n'avait point de données beaucoup plus positives, puisqu'il disait qu'on pouvait quelquefois deviner la péricardite, mais qu'il n'était aucun moyen sûr d'en établir le diagnostic. Il s'ensuit donc que, pour tout ce qui est relatif aux symptômes, à la marche de la maladie, au traitement, à toute l'histoire de l'affection en un mot, les lésions anatomiques exceptées, on ne doit guère remonter au delà des recherches faites dans ces dernières années.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La péricardite aiguë est une inflammation de la membrane interne du cœur qui parcourt rapidement ses périodes.

Cette maladie était désignée autrefois sous les noms d'*adhérences du cœur au péricarde*, d'*hydropisie du péricarde*, d'*inflammation*, d'*abcès*, de *tumeur*, suivant que l'on trouvait à l'autopsie telle ou telle lésion.

La *fréquence* de la péricardite ne paraîtra pas très grande, si l'on n'a égard qu'aux inflammations de cette membrane sans complication; mais si l'on fait entrer en ligne de compte l'inflammation de cette membrane qui accompagne les autres affections du cœur, on reconnaît que cette fréquence est un peu plus considérable. M. Louis a trouvé, sur 1263 autopsies puisées à diverses sources, et dans lesquelles il est fait mention de l'état du cœur, 70 cas de péricardite récente ou ancienne. D'après ce relevé, la fréquence de cette affection serait considérable; mais, ainsi que le fait remarquer cet auteur, ce chiffre est certainement trop élevé, car, dans un bien grand nombre d'autopsies, l'état du cœur n'est point mentionné, et souvent, sans doute, parce qu'il ne présentait rien de remarquable.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

D'après les relevés de M. Louis, le *sexe* a une grande influence sur la production de la péricardite, puisque, parmi les sujets des observations qu'il a rassemblées, les trois quarts étaient des hommes. Quant à l'âge, c'est, d'après ses recherches, de dix-sept à trente ans, et de cinquante à soixante-dix, que cette affection s'observe le plus fréquemment. Mais, d'un autre côté, M. Hache a constaté que le plus grand nombre des individus, et cela dans une proportion considérable, était âgé de dix-

(1) *Mém. ou rech. anat.-pathol.* Paris, 1826, p. 253 et suiv.
(2) Loc. cit., *De la péricardite aiguë*, p. 6.

huit à trente ans, en sorte qu'il peut rester quelques doutes sur la réalité de l'influence accordée par M. Louis à la vieillesse ; mais celle de la jeunesse ne saurait être douteuse. Quant au sexe, de semblables dissidences n'existent pas, puisque les relevés de MM. Bizot et Bouillaud n'ont fait que confirmer ceux de M. Louis. Dans la majorité des cas observés, les sujets présentaient une *bonne constitution.*

Parmi les causes prédisposantes, il en est une autre dont l'influence est évidente, c'est l'existence d'une maladie du cœur. M. Louis a, en effet, sur 1263 cas de péricardite ancienne ou récente, constaté que 167 fois il y avait une maladie plus ou moins grave de ce viscère, de telle sorte que la treizième partie des individus atteints d'hypertrophie du cœur avec ou sans dilatation des cavités, etc., avait éprouvé, à une époque plus ou moins rapprochée de la mort, une inflammation du péricarde ; nouvelle preuve de la grande tendance qu'ont les affections du cœur à se compliquer les unes les autres.

D'après les cas rassemblés par M. Hache, c'est *à la fin de l'automne* et *au commencement de l'hiver* que se manifesterait le plus souvent la péricardite aiguë. Ce résultat méritait d'être signalé ; toutefois il faut dire qu'il est fondé sur un petit nombre de faits.

Nous n'avons aucune donnée bien positive sur les *conditions hygiéniques* dans lesquelles se développe cette affection. Cependant, si nous considérons qu'elle a lieu le plus souvent chez des hommes, et chez des sujets vigoureux, nous sommes portés à admettre que les *divers excès*, l'abus des liqueurs alcooliques, les travaux fatigants, etc., etc., auxquels se livrent plus particulièrement les hommes, doivent avoir une certaine influence sur sa production. Quant aux autres causes prédisposantes, telles que l'*état de grossesse*, un *accouchement récent*, et la *convalescence des maladies exanthématiques*, indiquées par J. Frank, on n'a point de faits suffisants pour en apprécier l'influence.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont peut-être plus difficiles encore à démêler ; aussi ont-elles soulevé de vives discussions. Parmi les causes déterminantes, « la plus puissante, la plus fréquente, et partant celle qu'il importe le plus de bien connaître, c'est incontestablement, suivant M. Bouillaud, un *refroidissement brusque et subit*, succédant à une forte chaleur du corps et à des exercices plus ou moins violents. » Mais, ainsi que l'a fait remarquer M. Hache, le fait ne ressort pas évidemment des propres observations de cet auteur, et ce qu'elles nous apprennent seulement, c'est que, dans un sixième des cas, la cause a paru être le refroidissement brusque.

L'influence du *rhumatisme articulaire* sur la production de la péricardite a été particulièrement signalée par M. Bouillaud. Suivant lui, la moitié des sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu offre des symptômes de péricardite ou d'endocardite, et souvent de ces deux maladies réunies. On voit que M. Bouillaud n'a pas cherché à démêler ce qui appartient en propre à la péricardite, et que par conséquent ce résultat n'est pas précis. Toutefois il faut reconnaître que la coïncidence de l'inflammation du péricarde avec le rhumatisme articulaire aigu est un fait remarquable qui, bien qu'indiqué par Sydenham, et plus tard par M. Chomel, a

été mieux constaté par M. Bouillaud (1). Toute la discussion porte donc seulement sur le degré de fréquence qui, d'après les faits recueillis par les autres médecins, et notamment par M. le docteur Latham (2), n'est pas aussi grand que le pense ce dernier auteur.

Les autres causes excitantes dont la fréquence est moins bien déterminée sont : les *violents efforts*, des *travaux fatigants*, les *impressions morales vives*, les *excès de boisson*, la *suppression d'un flux*, la *répercussion des exanthèmes*. Lobstein a cité un cas où la péricardite est survenue après la *disparition d'un érysipèle*.

M. le docteur Scott Alison (3) a vu trois cas de péricardite survenir dans le cours de la scarlatine. Cette dernière affection régnait épidémiquement.

M. le docteur Burrows (4) pense que les tubercules se développent dans le péricarde sans inflammation préalable, et que ce sont eux, au contraire, qui développent l'inflammation. Cette opinion, contraire à celle de Laënnec et de M. Rokitanski, est appuyée sur trois observations intéressantes. Dans cette manière de voir, il faudrait donc chercher une nouvelle cause de péricardite dans la *formation de tubercules* à la surface du péricarde.

M. le docteur Leaming (5) a vu une péricardite mortelle produite par une *aiguille enfoncée dans le cœur*. Mais cette cause peut, dans certains cas, rester sans effet. C'est ainsi que dans un cas observé à la Salpêtrière dans le service de M. Trélat (6), une piqûre du cœur par une aiguille qui y séjourna ne causa aucun accident.

On a aussi rangé parmi ces causes l'*extension de l'inflammation* de la plèvre ou du poumon du côté gauche, au péricarde ; mais on s'accorde aujourd'hui à reconnaître qu'en pareil cas il y a plutôt production de diverses phlegmasies sous l'influence d'une même cause.

Enfin, on a cité des exemples d'*épidémie* de péricardite. Celle qui a été observée à Rocroy par Trécourt (7) et celle qui a été décrite par Hubert en 1819, sont mentionnées partout. Depuis lors, M. le docteur J. Lalor (8) en a observé un nouvel exemple dans l'hiver de 1848-1849 à Kilkenny (Irlande).

Ces dernières causes n'ont pas une importance très grande, et l'observation n'a point encore prononcé sur la plupart d'entre elles.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été divisés par M. Bouillaud en deux sections qui se rapportent, la première à la période de congestion, de sécrétion ou de suppuration, et la seconde aux adhérences et aux autres productions accidentelles consécutives à la péricardite ; mais, comme les signes de ces dernières lésions ne se font remarquer qu'à une époque plus ou moins éloignée, et que quelques uns coïncident avec

(1) *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*. Paris, 1840, in-8.
(2) *Lect. on subj. connect. with clin. med. compris. diseases of the heart*. London, 1845.
(3) *Lond. med. Gaz.*, février 1845.
(4) *Lond. med.-chir. Trans.*, 1847.
(5) *Lond. med. Gaz.*, janvier 1844.
(6) *Bull. de thér.*, décembre 1845.
(7) *Obs. sur une mal. sing.; Journ. de méd. et de chir.*, 1755.
(8) *Dublin quarterly Journ. of med.*, février 1852.

ceux de la péricardite chronique, je crois ne devoir les mentionner qu'à l'article où il sera question de cette forme de l'affection.

Début. L'invasion de la maladie est quelquefois très rapide; toutefois on doit conserver des doutes sur les péricardites qui se seraient produites tout à coup avec un très haut degré d'intensité; car si l'on examine les observations particulières, et surtout quelques unes de celles qui ont été rapportées par M. Stokes (1), on voit qu'après quelques jours d'une marche plus ou moins obscure, la maladie peut prendre tout à coup un haut degré d'intensité et simuler un début subit. Il est assez rare que cette affection, surtout lorsqu'elle survient chez des sujets bien portants, débute par des frissons, et ces frissons, lorsqu'ils existent, ne sont ordinairement pas très violents. Les premiers symptômes sont, le plus souvent, la douleur, une gêne à la région précordiale, et différents troubles dans les mouvements du cœur. Puis survient la chaleur avec les autres symptômes du mouvement fébrile, et la maladie est déclarée.

Symptômes. La *douleur* qui existait dans tous les cas observés par M. Hache n'a pas été notée d'une manière aussi constante par les autres auteurs. D'après les recherches de MM. Louis et Bouillaud, elle est nulle ou très légère dans près de la moitié des cas de guérison. En général, elle est peu vive, donnant la sensation d'un poids, d'un embarras dans la région du cœur, plutôt que d'une douleur bien déterminée. Dans quelques cas, au contraire, elle est lancinante, comme la douleur de la pleurésie, et elle peut alors devenir très violente. M. Bouillaud a cru trouver la cause de cette différence dans une complication de pleurésie ayant son siége dans la portion gauche de la plèvre diaphragmatique ; mais cette coïncidence n'est pas constante, car Hope a réuni un certain nombre de cas où la douleur était déchirante sans qu'il existât aucune trace de pleurésie. Cette douleur, comme celle de la pleurésie, est exaspérée par la toux et les grandes inspirations. Les palpitations, qui viennent par accès, comme nous le verrons tout à l'heure, en augmentent beaucoup l'intensité. Le décubitus sur le côté gauche a le même résultat dans la majorité des cas; quelques sujets sont même forcés de rester assis le corps légèrement incliné en avant, comme M. Stockes en a cité des exemples. La douleur est encore augmentée par une pression quelquefois très légère dans les espaces intercostaux de la région précordiale ou sur les côtes elles-mêmes.

Les *battements du cœur* sont assez souvent tumultueux, irréguliers, et quelquefois intermittents. Ils le sont surtout pendant *les accès de palpitations*, qui, d'après les recherches de MM. Louis et Hache, sont un des symptômes les plus remarquables de cette maladie. Ces *accès de palpitations*, observés dans la majorité des cas, sont plus ou moins fréquents et prolongés. Lorsque la maladie est intense, on peut les observer huit, dix et douze fois dans vingt-quatre heures. Quelquefois, ils n'ont lieu qu'une ou deux fois par jour. Ils sont parfois provoqués par la marche, la fatigue, les émotions morales ; mais, le plus souvent, ils surviennent sans cause connue, et se manifestent plus fréquemment la nuit que le jour.

L'intensité des battements du cœur est difficile à apprécier, parce qu'elle peut être plus ou moins masquée par l'épanchement. Si la quantité du liquide est peu considérable, il y a à la région précordiale une impulsion visible qu'un épanche-

(1) *Dublin Journ. of med. and chem. sc.*, 1833, et *Arch. gén. de méd.*, 1834.

ment abondant fait disparaître. Dans les cas où la péricardite existe en même temps qu'une hypertrophie, les battements sont plus violents que dans toute autre circonstance. Ils le sont parfois à un haut degré sans que les sujets en paraissent sensiblement incommodés; MM. Louis et Hache en ont cité des exemples remarquables.

Si l'on examine attentivement la conformation de la poitrine, on trouve, à la région précordiale, une saillie ou *voussure* qui a été signalée par M. Louis et qui est d'autant plus considérable que l'épanchement est plus abondant. Cette saillie, d'une forme ovale, dont le grand diamètre est dirigé de haut en bas, et dont la circonférence se perd insensiblement dans le reste des parois de la poitrine, présente plusieurs particularités à considérer. Ses limites sont : en haut, la troisième ou la deuxième côte, et en bas, la huitième ou la neuvième. En examinant avec soin sa surface, on voit que, dans les cas où elle est un peu considérable, les espaces intercostaux sont élargis par le soulèvement des côtes, et que leur concavité est effacée ou même est remplacée par une légère convexité. C'est déjà une preuve que la voussure n'existait pas naturellement avant la maladie, fait qui devient évident, lorsque l'on considère qu'elle disparaît complétement ou presque complétement après la guérison.

La *percussion* pratiquée sur la région précordiale offre des signes très importants. On trouve une *matité* souvent très étendue, dont les limites sont à très peu près les mêmes que celles de la voussure. Elle est toutefois un peu plus étendue, ce qui s'explique par la moindre distension du péricarde à sa circonférence, et surtout à la partie supérieure. Elle occupe principalement la partie cartilagineuse des côtes. Son maximum se trouve vers le milieu de la voussure, c'est-à-dire au niveau de la quatrième côte, où l'on sent sous le doigt une résistance des plus marquées, notée principalement par M. Piorry. Cet auteur a, en outre, constaté que la largeur de la matité allait en diminuant de bas en haut, en d'autres termes, qu'elle était *piriforme*, et qu'elle changeait en partie de place lorsqu'on faisait varier le décubitus. Si, par exemple, on fait coucher le malade sur le côté droit, les limites de la matité dépasseront le bord droit du sternum, tandis que, du côté opposé, elles se rapprocheront du bord gauche. Si, au contraire, on le fait coucher à gauche, la matité s'étendra de ce côté, et aura pour limite le bord droit du sternum, ou même une ligne plus rapprochée du milieu de cet os.

Par l'*auscultation*, on constate également l'existence de signes précieux. Le *bruit respiratoire* est complétement nul au milieu de la région précordiale, puis peu à peu on l'entend se reproduire, mais dans le lointain, à mesure que l'on se rapproche de la circonférence de l'épanchement. Ce signe est important, car il permet de constater l'abondance du liquide épanché.

Les *bruits du cœur* s'entendent dans l'éloignement, à moins que l'épanchement ne soit très peu considérable. Ils sont plus distincts au niveau de la troisième côte, ou un peu au-dessous, qu'au milieu de la région précordiale. On les entend par conséquent dans un point un peu plus élevé qu'à l'état normal, ce qui prouve que le cœur a subi un mouvement d'ascension. Ils ne présentent point ordinairement d'altérations bien notables; seulement ils sont sourds, plus difficiles à saisir que dans l'état normal, ce qui tient à leur éloignement de l'oreille et à l'interposition du liquide plus qu'à toute autre cause. Selon le docteur Aran, dans les adhérences

générales du péricarde, le second bruit perd non seulement de sa clarté, mais encore de sa durée et de son étendue, et cela d'autant plus que les adhérences sont plus intimes et les cavités du cœur plus amples. Il peut finir par s'éteindre presque complétement dans toute l'étendue de la région précordiale, et même de la poitrine, si la maladie est déjà ancienne. Dans ces cas-là on perçoit : 1° le premier bruit, ou bruit sourd, un peu prolongé ; 2° l'intervalle de silence, également un peu prolongé. Quant à l'explication du phénomène, M. Aran (1) la trouve dans l'influence exercée par les adhérences sur les contractions du cœur, influence qui agit bien plus puissamment sur la dilatation, phénomène passif, que sur la contraction des ventricules, essentiellement active, et par conséquent bien plus sur le second bruit que sur le premier.

On a, dans un certain nombre de cas, entendu un *bruit de souffle* différent du frôlement péricarditique dont il va être question. Hope attribuait principalement ce bruit anormal à l'augmentation d'intensité des battements du cœur. M. Bouillaud, au contraire, les regarde comme le résultat d'une endocardite qui produit le boursouflement des valvules ; mais le diagnostic de cette dernière affection est trop difficile pour qu'on puisse se prononcer encore d'une manière précise sur ce point. La formation de caillots dans l'intérieur du cœur paraît encore à M. Bouillaud la cause du bruit de souffle, dans quelques cas.

Un autre signe très important, et qui a donné lieu à plusieurs discussions, est le *bruit de frottement péricarditique.* Déjà le docteur Collin (2) avait signalé un *bruit de cuir neuf* comme un des phénomènes les plus remarquables de la péricardite aiguë. M. Stockes a beaucoup insisté sur ce signe diagnostique, qu'il a décrit dans plusieurs observations fort intéressantes rapportées dans son Mémoire. Le symptôme signalé par M. Collin ne fut que rarement trouvé pendant les années suivantes, parce qu'on recherchait un bruit absolument semblable à celui qui avait été décrit par cet auteur. Mais on a vu récemment que ce signe peut présenter des nuances très diverses, et ressembler à un bruit de râpe, de froissement d'un morceau de parchemin, de frôlement plus ou moins sec, nuances à peu près pareilles à celles que nous avons notées dans les bruits anormaux du cœur.

M. Collin pensait que ce bruit était dû à la sécheresse de la membrane séreuse avant que l'épanchement eût lieu. Il est certain, en effet, que dès que l'épanchement devient abondant, ce signe disparaît, alors même qu'on l'a vu exister au plus haut degré. Mais des observations nouvelles, et celles de M. Stockes en particulier, ont prouvé que ce bruit pouvait très bien dépendre du frottement de deux fausses membranes rugueuses et plus ou moins denses. M. Bouillaud a même cité des cas où l'intensité du bruit était en raison directe de la densité de la pseudo-membrane, et devenait extrêmement fort lorsque celle-ci était indurée.

Ce frottement, bruit de râpe, de parchemin, de cuir neuf, etc., est toujours très superficiel. Il accompagne ordinairement les deux bruits du cœur, et se montre plus fort, dans la majorité des cas, pendant le premier bruit que pendant le second. Le cas dans lequel M. Bouillaud l'a trouvé borné à la diastole (c'est-à-dire, dans sa théorie, au second temps) est un cas exceptionnel. Ce n'est pas seulement à l'aide de l'auscultation qu'on peut percevoir ce signe, car dès qu'il existe d'une manière un peu notable on sent, par l'application de la main à la région précordiale,

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1844, t. IV, p. 466.
(2) *Des diverses méth. d'expl. de la poitrine.* Paris, 1824.

un *frémissement* plus ou moins marqué. M. Hache a cité des faits qui prouvent combien ce bruit est sous l'influence de la rugosité et de la sécheresse des fausses membranes, puisqu'il l'a vu disparaître et se reproduire en même temps qu'apparaissait ou disparaissait un épanchement même peu abondant. M. le docteur Hughes (1) a noté que le bruit de frottement péricarditique ne disparaît pas ordinairement d'une manière subite dans toute la région précordiale. On cesse d'abord de l'entendre inférieurement, puis de proche en proche, de bas en haut ; en sorte qu'on peut suivre les progrès de l'épanchement. J'ai constaté l'exactitude de cette observation dans un cas que j'ai encore sous les yeux. On a entendu quelquefois un *tintement métallique ;* mais ce signe est peu fréquent, et n'a qu'une importance secondaire.

Tels sont les symptômes locaux de la péricardite ; ils sont, sans contredit, les plus propres à éclairer le diagnostic. Cependant il en est quelques autres qui méritent d'être indiqués, quoiqu'ils n'aient plus, à beaucoup près, le même intérêt ; je ne saurais mieux faire à cet égard que de suivre la description de M. Hache, parce qu'elle est relative à des cas de péricardite simple, et que l'auteur n'a pas été exposé par conséquent à attribuer à la péricardite des symptômes dus à une maladie concomitante. Mais auparavant je dois dire un mot de l'état du *pouls*, qui n'a point suffisamment attiré l'attention de cet auteur. M. Louis (2) a trouvé un signe important dans l'irrégularité et l'intermittence des battements artériels qu'il a constatées dans la plupart des cas. Mais les autres auteurs n'y ont point attaché une importance aussi grande, et M. Hache en particulier regarde ce signe comme peu utile pour le diagnostic. Cette divergence d'opinions me paraît tenir à ce que M. Louis a principalement analysé des observations de péricardite terminée par la mort ; et ce fait ne doit pas être perdu, car l'intermittence du pouls étant fréquente dans les cas de mort et rare dans les cas de guérison, c'est là une différence très utile pour le pronostic.

Dans la plupart des cas, on a noté une *céphalalgie médiocrement* violente ; rarement des *bourdonnements d'oreille*, des *éblouissements*, des *vertiges*. Le sommeil est fréquemment troublé par des *réveils en sursaut* qui souvent sont le signal d'un accès de palpitations et de dyspnée. Ordinairement les malades conservent leurs forces à un assez haut degré, et quelques uns ne sont forcés de s'aliter qu'après plusieurs jours de maladie.

Dans des cas rares, on a observé ces *syncopes* qui, d'après les anciens auteurs, seraient un des signes les plus constants et les plus frappants de la péricardite.

Enfin des *troubles digestifs* plus ou moins marqués suivant l'intensité de la fièvre, l'anorexie, l'empâtement de la langue, la soif, parfois un peu de diarrhée, des *sueurs* plus ou moins abondantes, la *diminution du flux menstruel* avec quelques douleurs hypogastriques, tels sont les principaux phénomènes notés dans cette maladie, qui offre généralement un mouvement fébrile léger.

Plusieurs autres auteurs ont observé des symptômes d'agitation beaucoup plus considérables : l'impossibilité de garder une position, l'état grippé des traits, la pâleur de la face, l'air effrayé, les mouvements convulsifs, le délire, l'infiltration des extrémités ; mais ces symptômes se rencontrent principalement dans les cas où

(1) *Lond. med. Gaz.*, novembre 1844.
(2) *Loc. cit.*, p. 284.

la péricardite survient dans le cours d'une autre maladie aiguë, et cette affection présente alors un très haut degré de gravité.

Enfin on a examiné avec attention les *qualités du sang* retiré par la saignée. En général, il est couvert d'une couenne plus ou moins épaisse, et le caillot est ferme.

FORMES PARTICULIÈRES DE LA MALADIE.

Péricardite sèche. On a observé des cas de péricardite sèche pendant tout son cours ; M. Stockes, entre autres, en a cité plusieurs. Cependant cette forme est rare et exceptionnelle. Les cas de ce genre se distinguent des autres, en ce que, toutes choses égales d'ailleurs, la matité est beaucoup moins étendue, l'impulsion du cœur est forte, l'ébranlement des parois de la poitrine est visible, les bruits du cœur sont superficiels, et le frottement péricarditique est très marqué.

Péricardite rhumatismale. Sous ce titre, M. Heyfelder (1) décrit une péricardite qui, après l'examen des observations, ne m'a paru présenter aucune particularité propre à faire admettre une semblable distinction. La péricardite qui survient dans le cours des rhumatismes articulaires, comme dans le cours de toutes les autres maladies, est plus grave que celle qui se manifeste chez des sujets actuellement bien portants ; mais, sous le rapport des symptômes, du diagnostic, de la marche de la maladie, etc., elle n'a rien qui lui soit propre.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu que la péricardite peut, à son début, *marcher* plus ou moins vite, mais qu'on doit conserver des doutes sur l'existence des débuts subits. Dans certains cas, elle suit son cours avec une rapidité extrême. M. Andral (2) cite une observation où elle s'est terminée en vingt-sept heures ; mais les cas de ce genre sont très rares, et en général la marche de la maladie, quoique assez aiguë, fait des progrès graduels. Les *accès* de dyspnée et de palpitations viennent par moment produire des exacerbations plus ou moins marquées ; mais en définitive ils ne font pas varier sensiblement la marche ascendante propre à l'affection.

La *durée* de la maladie diffère beaucoup, suivant que l'on considère les cas de péricardite simple ou ceux de péricardite compliquée. Dans ceux-ci, en effet, l'affection peut se terminer promptement par la mort, ainsi que je viens d'en citer un exemple, tandis que dans les autres, après avoir duré de quinze à vingt ou vingt-deux jours, elle commence à se dissiper graduellement.

J'ai à peine besoin de parler de la *terminaison*. Il ressort, en effet, de tout ce qui a été dit plus haut que dans les cas où la maladie existe à l'état de simplicité chez des sujets surpris par elle dans un bon état de santé, la guérison en est la terminaison constante (3). Nous verrons plus loin la part du traitement dans cette guérison plus ou moins prompte. Dans les cas de complication, au contraire, la mort arrive fréquemment, surtout si la péricardite est survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire intense ou d'une maladie du cœur portée à un assez haut degré.

(1) *Heidelb. clin. Annal.*, t. X, et *Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. VII.
(2) *Clin. méd.*, 3ᵉ édit., t. III, 1ʳᵉ obs. de péricardite.
(3) Je crois devoir faire abstraction de quelques cas entièrement exceptionnels, et dont la simplicité n'est pas parfaitement démontrée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques diffèrent suivant l'époque de la maladie à laquelle le sujet a succombé. Dans les premiers temps, on trouve dans le péricarde une rougeur plus ou moins vive qui a une assez grande importance lorsque aucune hémorrhagie n'a pu communiquer à la membrane cette teinte particulière, et surtout lorsqu'elle existe sous forme de pointillé et d'arborisation. Mais bien rarement cette lésion existe seule, et le plus ordinairement on trouve au moins une couche de fausses membranes molles, jaunâtres ou d'un blanc grisâtre, occupant une plus ou moins grande étendue de la surface séreuse. Dans les cas où la rougeur n'existe point, il ne faut pas croire cependant qu'il n'y a pas eu d'inflammation; car, ainsi que le fait remarquer Hope, cette coloration a pu disparaître après la mort.

Dans la très grande majorité des cas, les fausses membranes sont très considérables, plus ou moins serrées, plus ou moins adhérentes, et d'un blanc jaunâtre ou légèrement teint en rouge. Elles forment une couche qui enveloppe souvent le cœur et se continue sur la paroi opposée de l'enveloppe séreuse. Quelquefois cependant elles sont bornées à l'un des deux feuillets, ou même à une partie de leur étendue. Elles présentent, à leur surface, des inégalités, des aspérités plus ou moins considérables, des espèces de *tractus* que M. Bouillaud a comparés à ceux qui résultent de la séparation brusque de deux plaques entre lesquelles on aurait mis une couche de matière grasse épaisse et qu'on aurait préalablement pressées l'une contre l'autre. D'autres fois elles présentent des aspects très variés. On les a comparées alors à un gâteau de miel, au second estomac des ruminants, à la surface d'une langue de chat, etc. Parfois enfin on trouve sur le cœur des filaments plus ou moins allongés, qui autrefois ont été regardés comme des poils, et que Senac, tout en reconnaissant la cause de l'erreur, a décrits sous le titre de *cœurs velus*. Lorsque ces fausses membranes ont existé pendant un certain temps, elles présentent des traces d'organisation, et parfois même on y distingue de petits vaisseaux. Plus tard l'organisation fait de nouveaux progrès, et les fausses membranes deviennent celluleuses, comme nous le verrons à l'article *péricardite chronique*.

Vers la fin de la péricardite aiguë, ces fausses membranes, primitivement séparées sur les deux feuillets du péricarde, tendent à se réunir et à faire adhérer ainsi l'organe avec son enveloppe séreuse. M. Stockes (1) a cité une observation très remarquable, dans laquelle il put, à l'aide de l'auscultation, suivre sur le vivant la marche de cette adhérence. Le frémissement péricarditique, qui d'abord existait dans toute l'étendue de la région du cœur, commença à disparaître sur la partie inférieure, puis peu à peu il se dissipa en remontant vers la base de l'organe, de telle sorte qu'à l'époque de la mort il ne se faisait entendre que dans un point très limité que l'on pouvait couvrir avec le pavillon du stéthoscope. A l'autopsie, on trouva le cœur réuni au péricarde par des adhérences récentes, excepté dans une partie de sa base, et dans une étendue égale à celle qui vient d'être indiquée. Nous avons vu plus haut, par les faits qu'a cités M. Hughes et par celui que j'ai observé, que les choses se passent ordinairement ainsi, dans les cas de guérison.

Il est rare que ces pseudo-membranes se montrent complétement à l'état sec. Le

(1) *Loc. cit.*, obs. 2.

plus souvent, il y a un épanchement de liquide dont l'abondance est très variable. On l'a vu, en effet, ne pas dépasser trois ou quatre cuillerées, ou s'élever jusqu'à six ou sept cents grammes. Le péricarde, dans ces derniers cas, est distendu outre mesure; il occupe une grande étendue de la poitrine, rejette à gauche le bord antérieur du poumon, et en bas le diaphragme, tandis qu'en haut il remonte jusqu'au niveau de la première côte. Il y a une infinité de degrés entre ces extrêmes.

Ordinairement floconneux, louche, séro-purulent, ou même tout à fait purulent, ce n'est que dans quelques cas rares que le liquide contient une quantité notable de sang. On a voulu fonder sur cette dernière particularité une espèce de péricardite, à laquelle on a donné le nom d'*hémorrhagique ;* mais je n'ai rien trouvé dans les observations qui établisse une différence entre cette espèce et celles qui ont été décrites plus haut. Quand le liquide est formé de véritable pus, celui-ci est rarement crémeux et bien lié ; le plus souvent il est grisâtre, verdâtre, délayé dans une plus ou moins grande quantité de sérosité, et parfois sanieux.

Je ne parlerai point ici des diverses lésions que la péricardite peut laisser après elle, telles que les taches blanches laiteuses, cartilagineuses, etc., parce que, se rencontrant également dans la péricardite chronique, elles trouveront tout naturellement leur place après la description de cette dernière affection. Mais outre ces lésions propres à la péricardite, on en trouve d'autres dans le cœur, telles que l'hypertrophie, des concrétions polypiformes, et parfois des altérations de l'endocarde. Ces lésions appartiennent soit à des maladies que l'inflammation du péricarde vienne compliquer, soit à des affections qui sont elles-mêmes des complications de la péricardite.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection, qui paraissait si difficile il y a quelques années, est devenu si simple aujourd'hui, que les auteurs récents ont senti à peine la nécessité d'en parler. Si, en effet, nous examinons les signes absolus qui font reconnaître la péricardite, et si, d'un autre côté, nous recherchons quelles sont les maladies qu'on pourrait confondre avec elle, nous voyons qu'à moins de circonstances toutes particulières, on ne doit plus craindre de laisser passer cette affection inaperçue ou de la confondre avec une autre.

Les signes auxquels on reconnaîtra la péricardite, et que j'ai exposés en détail plus haut, peuvent se résumer ainsi qu'il suit : douleur plus ou moins vive ; voussure à la région précordiale ; matité piriforme à la partie antérieure et gauche de la poitrine, dans une largeur de 7 à 8 centimètres ou plus, et ordinairement très étendue de haut en bas ; battements du cœur profonds, s'entendant faiblement ; bruit respiratoire manquant dans le point occupé par la matité, reparaissant progressivement vers ses limites ; accès de dyspnée et de palpitations.

Ces signes appartiennent à la pleurésie avec épanchement. S'il existait une pleurésie sèche ou avec une très petite quantité de liquide entre des fausses membranes épaisses et rugueuses, quelques uns de ces signes pourraient manquer, et entre autres la voussure, la matité étendue, l'éloignement des bruits du cœur, en un mot, tout ce qui tient à un épanchement considérable ; mais en revanche on aurait, pour éclairer le diagnostic, les bruits de frottement avec leurs diverses ...ères

Maintenant, *quelles sont les maladies que l'on pourrait confondre avec la péricardite?* On a cité la *pleurodynie;* mais cette affection, qui consiste uniquement dans la douleur des parois pectorales, qui ne s'accompagne d'aucune matité anormale, et qui, à moins de complications, ne présente ni affaiblissement, ni éloignement des bruits du cœur, ni frottement péricarditique, ne pourrait en imposer qu'à un observateur très superficiel.

La *pleurésie* avec ou sans épanchement sera-t-elle plus difficile à distinguer de la péricardite? Il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que l'affection fût bornée à la partie antérieure de la plèvre; et lorsqu'il a été question de cette maladie, nous avons vu qu'un cas semblable serait tout à fait exceptionnel. Ainsi, dans la pleurésie médiocrement étendue, la matité sera en arrière et non en avant; les bruits du cœur seront superficiels, et aucun bruit anormal ne viendra les masquer. En arrière, il y aura affaiblissement du bruit respiratoire, souffle bronchique, etc. Dans un cas semblable, l'erreur est donc peu à craindre. Si l'épanchement du côté gauche de la poitrine était assez considérable pour occuper presque toute l'étendue de la plèvre et s'étendre à la partie antérieure, on n'aurait aucun doute sur l'existence de la pleurésie, mais on pourrait se demander s'il existe en même temps une péricardite. La marche de la maladie, la manière dont le liquide a envahi la plèvre, le niveau de ce liquide plus élevé en arrière qu'en avant, l'absence de palpitations, les battements du cœur à droite du sternum, par suite du refoulement de cet organe, viendraient éclairer le diagnostic.

Une pleurésie et une péricardite peuvent exister en même temps; en pareil cas le diagnostic est plus difficile, mais il est loin d'être impossible, car M. Bouillaud a rapporté des observations où l'affection du péricarde a été très bien reconnue. La douleur particulière à la région précordiale ne serait pas suffisante pour lever les doutes, puisque, dans la pleurésie, il en existe une semblable et dans le même point. Ce n'est guère qu'en suivant attentivement la marche de la maladie et en tenant compte de tous les signes qui existent à la région du cœur, qu'on arrivera à ce diagnostic, qui, du reste, ainsi que le fait remarquer M. Bouillaud, n'a point une extrême importance, puisqu'il n'influe pas sensiblement sur le mode de traitement à employer.

Une autre affection, qui pourrait donner lieu à quelques incertitudes, est l'*hydropéricarde;* mais j'exposerai ce diagnostic particulier lorsque j'aurai fait l'histoire de cette dernière affection. Je renvoie également après l'histoire de la *péricardite chronique* son diagnostic différentiel avec la péricardite aiguë.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la péricardite avec épanchement.*

Douleur à la *région péricordiale.*

Voussure plus ou moins étendue dans le même point.

Matité piriforme souvent très considérable *de la paroi antérieure* de la poitrine, du côté gauche.

Absence du bruit respiratoire dans ce point.

Battements du cœur *éloignés* de l'oreille, s'entendant faiblement.

Accès de dyspnée et de palpitations.

Parfois *lipothymies.*

2° *Signes positifs de la pleurésie sèche avec fausses membranes épaisses et rugueuses.*

Douleur à la *région précordiale.*
Frottement péricarditique.
Bruit de cuir neuf, de *parchemin froissé*, de *râpe*, etc., ordinairement double et plus fort pendant le premier temps.
Mouvement fébrile, plus ou moins intense.

3° *Signes distinctifs de la péricardite et de la pleurodynie.*

PÉRICARDITE.	PLEURODYNIE.
Matité étendue.	*Point de matité.*
Bruits du cœur *éloignés.*	Bruits du cœur *voisins* de l'oreille.
Absence du bruit respiratoire, ou bien *frottement péricarditique.*	Bruit respiratoire *normal* ou seulement généralement *affaibli. Point de frottement péricarditique.*

4° *Signes distinctifs de la péricardite et de la pleurésie avec épanchement médiocre.*

PÉRICARDITE.	PLEURÉSIE.
Voussure à la région précordiale.	*Point de voussure* à la région précordiale.
Matité *dans le même point.*	Matité *à la partie postérieure.*
Bruits du cœur *éloignés.*	Bruits du cœur *voisins* de l'oreille.
Affaiblissement ou absence du bruit respiratoire *en avant.*	Affaiblissement du bruit respiratoire ou respiration bronchique *en arrière.*

5° *Signes distinctifs de la péricardite et de la pleurésie avec épanchement considérable.*

PÉRICARDITE.	PLEURÉSIE AVEC VASTE ÉPANCHEMENT.
La matité apparaît et reste bornée *à la partie antérieure* de la poitrine.	La matité, existant d'abord *à la partie postérieure*, a gagné plus tard la partie antérieure.
Palpitations plus ou moins violentes.	*Point de palpitations*, à moins de circonstances particulières.
Bruits du cœur entendus *à la région précordiale*, quoique affaiblis.	Bruits du cœur *entendus à droite du sternum*, par suite du déplacement de l'organe.

Ce dernier diagnostic est moins facile que les précédents; mais un examen attentif fera presque toujours triompher des difficultés.

Pronostic. Pour établir le pronostic de la péricardite, il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels cette affection survient chez des individus dans un bon état de santé, de ceux où elle vient compliquer d'autres affections; la différence est en effet bien grande. Dans le premier cas, la péricardite peut être regardée comme une affection légère; dans le second, au contraire, elle cause fréquemment la mort. Les médecins qui nous ont précédés la regardaient comme excessivement grave, mais c'est parce qu'ils ne connaissaient que les péricardites compliquées, et encore avec les complications les plus dangereuses, c'est-à-dire les affections chroniques de divers organes, et principalement du cœur. Il est facile de prouver cette assertion, car dans les recherches d'anatomie pathologique faites aux époques mêmes où l'on regardait la péricardite comme presque nécessairement mortelle, on trouvait néanmoins, dans un très grand nombre de cas, des adhérences anciennes

du péricarde qui démontraient évidemment l'existence d'une inflammation qui s'était terminée favorablement.

Des observations de Hope il résulte que la péricardite a une assez grande tendance à se reproduire. Toutefois les récidives ne sont pas également fréquentes dans toutes les circonstances; ainsi, lorsque à une péricardite aiguë a succédé une adhérence plus ou moins serrée du péricarde, la péricardite doit nécessairement avoir moins de tendance à la récidive. Cependant, lorsqu'elle est une première fois causée par un rhumatisme aigu, si celui-ci se reproduit, le sujet est exposé, ainsi que Hope l'a encore remarqué, à une nouvelle attaque de péricardite.

La terminaison la plus heureuse est la résolution; mais, comme dans toutes les affections des membranes séreuses, cette terminaison est rare. Dans presque tous les cas, on trouve une plus ou moins grande quantité de pseudo-membranes qui tendent à se réunir et à faire adhérer plus ou moins fortement le cœur au péricarde. Lorsque ces adhérences sont légères, elles peuvent diminuer à la longue et n'ont point de très grands inconvénients; la terminaison peut donc encore être considérée comme heureuse. Mais, suivant Hope et M. Beau, il n'en est plus de même lorsque des adhérences très étendues, très fortes et très serrées résultent de la soudure et de l'organisation de fausses membranes très épaisses, car le cœur ne retrouve pas la facilité de ses mouvements, et il peut en résulter des accidents consécutifs fort graves, entre autres l'hypertrophie du cœur. C'est un point d'observation qui mérite de fixer de nouveau l'attention des médecins.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la péricardite n'a point donné lieu à des recherches très nombreuses, et Laënnec l'a même entièrement passé sous silence. Nous ne saurions chercher dans les auteurs anciens des remèdes contre cette maladie, puisque nous avons établi plus haut qu'ils méconnaissaient son existence dans le plus grand nombre des cas, et qu'ils ne dirigeaient leur traitement que contre des affections compliquées. Parmi les auteurs qui se sont occupés des maladies du cœur, ceux qui ont présenté avec le plus de soin le traitement de la péricardite sont Hope et M. Gendrin. Je vais exposer, d'après ces deux médecins, les moyens dirigés contre l'inflammation du péricarde, en y ajoutant les particularités qu'on trouve dans quelques autres publications, et en particulier dans le Mémoire de M. Hache, où plusieurs agents thérapeutiques ont été rigoureusement appréciés.

Émissions sanguines. Tous les auteurs regardent les émissions sanguines comme ayant une très grande efficacité dans le traitement de la péricardite. Hope recommande de les employer avec énergie, en les modérant toutefois suivant la force des sujets. M. Bouillaud insiste encore davantage sur ce moyen qui doit, selon lui, être proportionné à l'intensité de la maladie, à l'âge, à la force, au tempérament, au sexe du sujet, aux complications, etc.

SAIGNÉES, D'APRÈS M. BOUILLAUD.

Cet auteur établit en règle générale que, chez un sujet dans la force de l'âge et atteint d'une péricardite intense, trois ou quatre saignées du bras, de trois cent cinquante à cinq cents grammes, dans les trois ou quatre premiers jours, secondées

par l'application de vingt-cinq à trente sangsues, ou de ventouses scarifiées réitérées deux ou trois fois, suffisent pour procurer la guérison. Il laisse d'ailleurs à la sagacité des médecins le soin de déterminer les cas dans lesquels on doit rester en deçà ou bien aller au delà de ces limites.

M. Gendrin insiste également sur l'emploi des saignées, mais il veut qu'aussitôt que les symptômes inflammatoires sont tombés, on ait recours, suivant les cas, à un grand nombre de médicaments dont je dirai quelques mots plus loin. Enfin, M. le docteur J. Taylor (1) avance que les saignées ne jugulent jamais la péricardite, mais qu'elles en abrégent la durée d'autant plus qu'elles sont plus abondantes, plus répétées et pratiquées plus tôt.

On voit que, dans toutes ces appréciations, les faits n'ont point été analysés d'une manière rigoureuse, et que, par suite, les assertions des auteurs que je viens de citer manquent de précision. M. Hache, examinant avec plus d'attention les cas soumis à son observation, a constaté que, le plus souvent, la saignée n'a pas la puissance d'enrayer les progrès de la péricardite dans sa première période, mais que néanmoins elle a une influence incontestable qui se fait d'abord sentir sur la douleur, les palpitations, la dyspnée et le mouvement fébrile, et, en définitive, sur la durée totale de l'affection qu'elle abrége. Toutefois, le nombre et l'abondance des *saignées* pratiquées dans les cas dont il a recueilli l'histoire ne sont pas, à beaucoup près, aussi considérables que le veulent Hope et M. Bouillaud. Aussi les faits ne sont-ils pas absolument comparables, et doit-on attendre de nouvelles observations.

Le *lieu* dans lequel on pratique la saignée est ordinairement le bras. Hope recommande d'ouvrir la veine largement, et le malade étant debout, afin de provoquer la syncope.

Cet emploi de la saignée générale n'exclut pas les saignées locales. Trente, quarante, et même un plus grand nombre de *sangsues* sont le même jour, et quelquefois très peu de temps après la saignée, appliquées à la région précordiale. On peut remplacer avantageusement, suivant M. Bouillaud, les sangsues par les *ventouses scarifiées*, de manière à enlever une quantité considérable de sang. Ces émissions sanguines locales réussissent à faire disparaître rapidement la gêne et la douleur qui occupent la région précordiale.

Suivant qu'il existe des congestions vers tel ou tel organe, une suppression des règles ou d'un flux, le praticien est naturellement porté à choisir le point affecté pour l'application des émissions sanguines locales. Mais quelle influence ces saignées éloignées ont-elles sur la péricardite elle-même ? C'est ce qu'il est très difficile de déterminer. Je dirai seulement que, dans un cas observé par M. Hache, une application de sangsues aux cuisses, pour suppléer aux règles, ne produisit aucune modification immédiate ; la résorption, en effet, ne commença que trois jours après, tandis qu'une saignée pratiquée, chez un autre sujet, à la même époque de la maladie et dans des circonstances semblables, calma immédiatement tous les symptômes. Ces deux faits semblent démontrer la supériorité de la saignée générale sur les saignées locales. Il s'ensuit qu'on devra pratiquer la saignée générale, *chez les enfants*, dès que l'âge le permettra ; chez *les enfants très jeunes*, l'application de sangsues suppléera à la saignée.

(1) *Dublin med. Press.*

Diurétiques; digitale. Les diurétiques sont fréquemment employés dans le traitement de la péricardite. Faut-il, comme le veut M. Gendrin, attendre, pour les mettre en usage, que les symptômes inflammatoires soient sur leur déclin ? C'est ce que l'observation n'a point encore démontré. Les diurétiques les plus fréquemment employés sont le *nitrate* et l'*acétate de potasse* à haute dose. Suivant M. Aran (1), plusieurs péricardites avec rhumatisme auraient guéri sous l'influence du nitrate de potasse à haute dose; mais il aurait fallu, pour mettre le fait hors de doute, se livrer à des recherches bien plus profondes sur la marche et la gravité de la maladie.

Quant aux prescriptions, je renvoie à ce qui en a été dit à l'article *Pleurésie* (tome I), me bornant à dire un mot en particulier de la *digitale*. Ce médicament, si généralement employé dans les maladies du cœur, a trouvé sa place dans le traitement de la péricardite. Suivant M. Gendrin, il faut bien prendre garde de l'administrer dans les cas où il y a prostration des forces ; mais cette assertion n'est accompagnée d'aucune preuve. Hope le prescrivait en l'associant à la teinture de jusquiame, de telle sorte qu'il agissait en même temps sur les symptômes cardiaques et sur les symptômes nerveux. Voici sa formule :

♃ Teinture de jusquiame. } āā 15 à 20 gout. | Infusion de tilleul édulcorée. 30 gram.
Teinture de digitale. . }

A prendre trois ou quatre fois par jour.

Cette dose ne doit évidemment être administrée qu'à des adultes, et encore ne faudra-t-il la prescrire qu'avec précaution, observant les effets d'une première administration avant de passer à la seconde, car on pourrait déterminer des symptômes d'empoisonnement. *Chez les enfants*, la dose de chacune de ces substances sera de deux à dix gouttes, suivant l'âge. Hope recommande d'attendre que la violence des symptômes inflammatoires ait cédé avant de recourir à ce médicament ; mais cette assertion n'est pas plus appuyée sur les faits que celle de M. Gendrin.

Purgatifs. Les purgatifs, moins souvent employés, ont été administrés pour remplir deux indications différentes. 1° Lorsqu'il existe des signes d'embarras gastrique, on cherche seulement à débarrasser le tube intestinal, ou bien à rendre le ventre libre quand il y a constipation. Le purgatif employé par Hope dans ce but consiste en :

♃ Follicules de séné........ 12 gram. | Sulfate de soude.......... 16 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante.................................. 500 gram.

2° Lorsque l'on veut agir sur le tube intestinal de manière à produire une révulsion et à favoriser la résorption de l'épanchement, on insiste davantage sur les purgatifs et l'on emploie plus particulièrement les drastiques; la *coloquinte* est conseillée par Hope. On peut la réunir à la scille, qui a également une action sur le canal intestinal, et former les *pilules* suivantes appelées *hydragogues :*

♃ Extrait de coloquinte...... 10 gram. | Scille................. 12 gram.

Faites 100 pilules, dont on prendra une matin et soir, en ajoutant tous les deux jours à cette dose une pilule, jusqu'à ce qu'on en prenne sept ou huit.

(1) *Manuel prat. des mal. du cœur*, p. 101.

Il est inutile d'ajouter que cette dernière manière d'administrer les purgatifs n'est applicable qu'aux cas où la péricardite avec épanchement considérable a une marche lente, subaiguë, et tend à passer à l'état chronique. L'*aloès*, la *gomme-gutte*, le *jalap* peuvent également remplir cette indication. Quant à l'efficacité de ce moyen de traitement, l'observation ne nous a point encore suffisamment instruit sur ce point.

Narcotiques, antispasmodiques. J'ai dit plus haut que Hope, unissant les calmants aux diurétiques, agissait non seulement sur l'épanchement péricarditique, mais encore sur les symptômes nerveux et spasmodiques. Cette dernière indication est saisie avec beaucoup de soin par M. Gendrin ; il insiste fortement sur la nécessité de combattre ces accidents nerveux, contre lesquels il n'a pas trouvé de moyen plus efficace que le *musc*, dont il donne *un et deux grammes* dans les vingt-quatre heures. Dans les mêmes circonstances, cet auteur emploie l'*opium*, dont les effets lui paraissent plus sûrs que ceux du musc, quand les *épiphénomènes ont plutôt la forme spasmodique que la forme délirante*. Il élève la dose du médicament jusqu'à *quinze*, *vingt* et même *vingt-cinq centigrammes* dans les vingt-quatre heures, et affirme qu'il n'a point vu d'accident grave survenir à la suite de l'administration de ces doses élevées, dans les cas où il existait un mouvement fébrile marqué. Mais je dirai qu'en examinant les observations, je n'ai point trouvé les symptômes qui, d'après M. Gendrin, exigeraient une semblable médication, si ce n'est dans des cas compliqués où l'on pouvait attribuer ces accidents tout aussi bien à la maladie préexistante qu'à la péricardite, en sorte qu'il est très difficile de savoir quelle est la valeur de ces médicaments dans le traitement de cette dernière affection.

Vomitifs. Les vomitifs ne sont point ordinairement employés dans la péricardite. Hope se contente de dire que le *tartre stibié*, donné toutes les deux heures à la dose de *un centigramme, ou moins encore*, peut être employé avec avantage. Nous n'avons donc rien de positif sur ce point.

Mercuriaux. Mais il est une autre médication qui a été fortement préconisée en Angleterre ; je veux parler de l'emploi du mercure. Ce médicament, administré en 1783 comme antiphlogistique par le docteur Hamilton, a été spécialement appliqué à la péricardite par Hope. Il est principalement mis en usage lorsque les moyens antiphlogistiques ordinaires sont devenus inutiles, et lorsque la maladie paraît faire toujours des progrès vers la terminaison fatale. Toutefois un certain degré d'inflammation ne doit pas, suivant Hope, empêcher d'y avoir recours. Cet auteur emploie ordinairement le *calomel* ou les *pilules bleues*, d'après les formules suivantes :

℞ Calomel....... de 75 à 120 centigr. | Opium.......... de 9 à 15 centigr.

Mêlez. F. s. a. 6 pilules. Dose : deux le matin, deux vers le milieu de la journée, et deux le soir.

On peut commencer ce traitement après la première saignée et un purgatif.

Si l'on craint que l'intestin ne soit trop irritable, on remplacera le calomel par *cinquante à soixante-quinze centigrammes de pilules bleues*, unies également à *trois ou cinq centigrammes d'extrait gommeux d'opium.*

Dans le cas où il faudrait agir très promptement, on administrerait, toujours suivant Hope, *cinquante centigrammes de calomel avec un décigramme d'opium* pour

la première dose; puis on donnerait *quinze centigrammes du sel mercuriel avec trois centigrammes d'opium* toutes les trois heures.

Outre l'administration à l'intérieur de ce médicament mercuriel, Hope conseille encore de faire dans le creux de l'aisselle, ou au pli de l'aine, une friction matin et soir avec *dix à trente grammes d'onguent napolitain.* Mais, ajoute-t-il, pour éviter une salivation inutile, on n'emploiera la dernière quantité que trois ou quatre fois. D'après lui, les symptômes sont manifestement amendés au moment même où l'action du remède se fait remarquer sur la bouche, surtout si une salivation franche survient dans les trente ou quarante premières heures. On devra entretenir, pendant une semaine ou plus, cet état irritable des gencives, si les symptômes n'ont pas entièrement disparu.

Tels sont les préceptes de Hope; mais, d'un autre côté, M. Gendrin n'accorde aucune confiance à cette médication. Quel parti prendre dans cette dissidence d'opinions? Je me bornerai pour toute réponse à indiquer que, d'après les recherches de M. le docteur J. Taylor (1), les cas dans lesquels les mercuriaux ont été donnés dans les quatre premiers jours ont eu une durée moyenne moindre de cinq jours que ceux où cette administration a été faite plus tard. C'est donc un moyen à expérimenter de nouveau.

Irritants cutanés. Pour favoriser la résolution de l'épanchement péricarditique, on a employé, surtout dans ces derniers temps, des *vésicatoires* sur la région précordiale. Ils sont recommandés par Hope et par M. Bouillaud, mais aucun n'a insisté aussi fortement que M. Gendrin sur la nécessité de leur application. Les premiers se contentent, lorsque les symptômes fébriles commencent à décroître, d'appliquer un ou deux vésicatoires de médiocre étendue; mais M. Gendrin veut qu'on les multiplie suivant la violence de la maladie, et qu'on leur donne toujours une étendue considérable. La grande acuité de l'affection n'est point pour lui une raison de proscrire ce moyen; au contraire, il veut alors qu'on l'emploie avec plus de persévérance, affirmant que jamais ces applications n'ont eu d'inconvénient réel, et que leurs avantages sont prouvés par les nombreux faits cliniques qu'il a observés. Il est bien fâcheux que ces auteurs, et surtout M. Gendrin, n'aient point donné l'analyse des observations sur lesquelles ils se sont fondés; car, dans ces questions thérapeutiques, il est une multitude de circonstances qui peuvent échapper à l'esprit le plus attentif, et faire croire à une efficacité plus apparente que réelle. Ce que j'ai dit dans le premier volume de cet ouvrage, sur l'emploi des vésicatoires dans la pneumonie et la pleurésie, s'applique à la péricardite. Toutefois cette affection étant accompagnée d'un mouvement fébrile moins intense, il est plus que probable que l'action des vésicatoires a moins d'inconvénient. Les frictions irritantes avec le *baume d'Opodeldoch*, avec l'*huile de croton tiglium*, la *pommade d'Autenrieth*, etc., remplissent la même indication.

Une action excitante plus douce, mais plus générale, est celle que produisent les *bains sulfureux.* M. Gendrin accorde une grande confiance à ce moyen; mais, de même que dans tout le reste de l'article qu'il a consacré au traitement, il n'apporte d'autres preuves en faveur de ce médicament que sa propre opinion, ce qui est toujours insuffisant en matière de thérapeutique.

(1) *Loc. cit.*

Topiques sédatifs. C'est encore M. Gendrin qui a préconisé les topiques sédatifs, et principalement les *topiques sédatifs froids ;* il y a recours lorsque les douleurs sont très intenses, les palpitations très violentes et l'anxiété très vive. Ces topiques consistent dans des applications d'*eau très froide*, ou mieux encore d'une vessie dans laquelle on a mis de la *glace*. D'après M. Gendrin, l'effet direct du topique est de diminuer immédiatement les douleurs locales, de calmer les battements tumultueux du cœur et l'anxiété extrême du malade. « Le plus souvent même, ajoute-t-il, il déprime en peu de temps la violence de l'état fébrile, et abaisse la fréquence du pouls au-dessous de son rhythme normal. » M. Gendrin, toutefois, ne regarde pas comme démontrée l'innocuité de cette médication ; il recommande une grande prudence dans son emploi, et l'on doit, en effet, agir avec d'autant plus de circonspection que la valeur de ce moyen est fort douteuse.

Enfin on prescrit, dans tous les cas, des *moyens adjuvants* qui ne sont autre chose que les émollients et les adoucissants pris à l'intérieur. Ils sont applicables à tous les cas de péricardite.

Ce traitement est, comme on le voit, assez riche ; mais malheureusement, à l'exception de M. Hache, il n'est aucun auteur qui ait cru devoir procéder, dans l'étude de cette importante question, avec une méthode rigoureuse. Aussi faut-il dire que le seul moyen dont l'efficacité soit parfaitement démontrée, quoiqu'elle ne se manifeste que dans certaines limites, est la saignée générale ou locale, et principalement la première. Les autres ont pour eux l'opinion de médecins versés dans cette manière, mais non un relevé exact d'observations concluantes. C'est au praticien, dans cet état de choses, à appliquer ces médicaments suivant qu'ils lui paraîtront indiqués, et aux observateurs à nous faire connaître la confiance qu'on doit leur accorder en définitive. Qu'on n'oublie pas seulement que la péricardite simple tend naturellement à la guérison, et qu'il est par conséquent inutile de fatiguer les malades par un grand nombre de remèdes.

Je vais maintenant présenter le traitement de Hope, dont j'ai indiqué, il est vrai, les principaux moyens, mais non dans l'ordre où ils doivent être employés, ordre que néanmoins l'auteur regarde comme très important.

TRAITEMENT DE HOPE.

Les saignées abondantes ne doivent être employées que dans les cas intenses et chez les sujets d'une forte constitution. Dans le cas contraire, il suffit quelquefois d'une seule saignée générale ou d'une application de ventouses scarifiées pour abattre les premiers symptômes et pour permettre d'employer les remèdes suivants :

Pendant même que l'on pratique les émissions sanguines, on doit mettre en usage les lavements purgatifs et le calomel uni à l'extrait de coloquinte et de jusquiame ; ces moyens sont aidés par l'administration de boissons dilutives et diurétiques, comme la suivante :

℞ Tartrate acidulé de potasse 5 à 6 gram.	Sirop des cinq racines...... 45 gram.
Eau simple............. 500 gram.	

À prendre par grands verres.

Lorsque ces moyens auront produit leur effet, c'est-à-dire lorsque les symptômes inflammatoires auront en partie disparu, on aura recours au mercure (voy. p. 17), puis aux vésicatoires, répétés rapidement et renouvelés jusqu'à trois ou quatre fois. Enfin on prescrira le mélange de teinture de jusquiame et de digitale indiqué plus haut (voy. p. 16).

Résumé ; ordonnances ; précautions générales. Ainsi donc, après les émissions sanguines, il n'est aucun médicament qui ne nous laisse quelque doute sur le degré de son efficacité ; il en est même quelques uns, tels que les vésicatoires et les applications froides, qui peuvent inspirer quelque crainte aux praticiens prudents. Les vésicatoires ne doivent être mis en usage qu'au moment où le mouvement fébrile a complétement disparu.

Avant d'indiquer les principales ordonnances relatives aux cas les plus importants, exposons les précautions générales à prendre et le régime à suivre.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES ET RÉGIME A SUIVRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRICARDITE.

1° Maintenir les malades à l'abri des variations de température.

2° Éviter toutes les causes d'émotions morales, ainsi que toutes celles qui peuvent produire une accélération de la circulation.

3° Faire coucher les malades dans une position telle que la tête soit notablement élevée, afin d'éviter la suffocation.

4° Pour régime, diète sévère dans la période d'acuité de la maladie ; alimentation très légère, et abstinence de mets et de boissons excitantes dans le reste de son cours.

Ire Ordonnance.

CHEZ UN ADULTE VIGOUREUX, DANS UN CAS DE PÉRICARDITE AIGUE INTENSE.

1° Pour tisane, légère décoction de graine de lin ou de chiendent.

2° Une ou plusieurs saignées de 300 à 400 grammes dans les premiers jours de la maladie, en commençant aussitôt qu'on est appelé auprès du malade. Une ou plusieurs applications de quinze à vingt-cinq sangsues, ou de huit ou dix ventouses scarifiées sur la région précordiale.

3° Lavement purgatif ou légers minoratifs.

4° ℞ Eau de laitue........ 120 gram.
Teinture de digitale. de 15 à 20 gout.
Sirop de pointes d'asperges.. 30 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

5° Diète absolue.

IIe Ordonnance.

DANS LE CAS D'ÉPANCHEMENT CONSIDÉRABLE, LES SYMPTÔMES FÉBRILES AYANT DISPARU.

1° Pour tisane :

℞ Eau d'orge.............. 500 gram.
Nitrate de potasse.. de 5 à 10 gram.
Sirop des cinq racines ..... 40 gram.

A prendre par grands verres.

2° Frictions avec la teinture de digitale sur la région précordiale.

3° Application, dans le même point, d'un ou de plusieurs vésicatoires volants.

4° Purgatifs plus ou moins énergiques.

5° Pour aliments, quelques tasses de bouillon, ou seulement un ou deux potages.

III° Ordonnance.

DANS UN CAS OU IL EXISTE UNE GRANDE DÉPRESSION DES FORCES.

1° Pour boisson : infusion légère de gentiane, d'absinthe, de houblon, etc., convenablement édulcorée.

2° S'abstenir des diurétiques et des hydragogues.

3° Insister principalement sur le vésicatoire.

4° Bains sulfureux et alcalins.

5° Régime légèrement fortifiant et tonique.

Cette dernière ordonnance est principalement fondée sur les assertions de M. Gendrin, et je n'ai pas besoin de répéter que, n'ayant point pour elle la sanction de faits suffisants, elle ne doit être considérée que comme un renseignement fourni au praticien, qui jugera si le cas soumis à son observation peut comporter de semblables moyens.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances, parce qu'il n'est pas démontré que les cas particuliers dans lesquels on a prescrit les autres moyens ne soient pas des cas de complication, et que par conséquent la médication ne s'adresse pas d'une manière exclusive à la péricardite. J'ajouterai seulement que chez les enfants très jeunes on doit remplacer la saignée par les émissions sanguines locales, et s'abstenir, au moins jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus nous éclairer, des applications de larges vésicatoires qui pourraient occasionner une trop grande irritation.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques; digitale; narcotiques; antispasmodiques; purgatifs; mercuriaux; révulsifs; dérivatifs; topiques sédatifs et réfrigérants; moyens adjuvants.

ARTICLE II.

PÉRICARDITE CHRONIQUE.

La péricardite chronique a été beaucoup moins bien étudiée par les auteurs que la péricardite aiguë. Cela tient sans aucun doute à ce que cette affection, ne déterminant pas des symptômes très marqués et étant le plus souvent liée à d'autres maladies du cœur dont les caractères sont plus frappants, l'attention des médecins ne s'est pas suffisamment fixée sur elle. Je vais exposer, en peu de mots, ce que nous savons de plus positif sur cette affection, qui n'est pas très rare.

§ I. — Définition; espèces.

On distingue deux sortes de péricardite chronique, qui néanmoins ne diffèrent pas essentiellement entre elles par leurs signes. L'une n'est autre chose que la péricardite aiguë, dont les symptômes primitifs se sont dissipés pour faire place à

des symptômes à marche chronique ; l'autre, au contraire, commence lentement, sourdement, et est chronique dès son début.

§ II. — Causes.

Parmi les causes de la seconde espèce de péricardite, la seule dont l'existence soit fondée sur l'examen des faits, on trouve d'abord la *coexistence d'une autre affection du cœur ;* mais aucun relevé numérique ne nous a appris dans quelle proportion on la rencontre dans les diverses lésions de l'organe circulatoire. M. Bouillaud (1) est le seul qui ait rassemblé quelques faits dans le but d'étudier cette cause ; mais les observations qu'il a réunies ne sont pas encore suffisantes pour démontrer quel est le rapport qui existe entre les lésions de la membrane interne ou du tissu même du cœur, et la péricardite à l'état chronique.

On a cité quelques exemples de péricardite chronique liée à la *production de la matière tuberculeuse* dans le tissu sous-séreux, faits que l'on peut comparer à ce que l'on observe quelquefois dans le péritoine et dans la plèvre ; j'en ai vu un cas remarquable qui a été présenté il y a quelques années à la Société anatomique, et j'ai cité plus haut (voy. p. 4) l'opinion du docteur Burrows à ce sujet. Les autres productions accidentelles, telles que le *cancer*, les *kystes séreux*, donnent lieu à une inflammation du péricarde qui, à une certaine époque du moins, tend à prendre une marche chronique. Quant aux *ulcérations*, aux *érosions*, etc., que j'ai indiquées plus haut, il faut bien se garder de prendre pour la cause de la maladie des lésions qui peuvent n'en être que les effets. Tels sont les renseignements peu nombreux que nous avons sur les causes de cette grave affection.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont évidents ; on les découvre sans peine lorsque l'exploration est faite d'une manière complète ; mais souvent ils passent inaperçus, parce que le malade, n'éprouvant, dans le plus grand nombre des cas, aucune sensation bien marquée, n'appelle pas l'attention du médecin sur la région précordiale.

Il n'est pas rare de voir la *douleur* manquer complétement, et lorsque le malade se plaint de quelque sensation particulière, c'est plutôt d'un *embarras*, d'une *gêne* dans la région du cœur, que d'une douleur véritable. Mais les signes fournis par la percussion et l'auscultation n'en sont pas moins aussi précieux que dans les cas de péricardite aiguë. Une *matité* plus ou moins étendue, car il existe toujours un épanchement d'une abondance variable enveloppé de fausses membranes souvent très épaisses ; une *résistance* marquée sous le doigt qui percute ; ordinairement le *défaut* ou la *faiblesse de l'impulsion* du cœur ; l'éloignement dans lequel se font entendre les bruits normaux, leur *faiblesse*, à moins de circonstances particulières ; des *bruits anormaux* semblables à ceux que l'on observe dans la péricardite aiguë lorsqu'il existe des fausses membranes épaisses et rugueuses, tels sont les signes qui font reconnaître une affection du péricarde, dont la marche lente et l'absence de symptômes de réaction violente démontrent la chronicité.

On a joint à ces signes, pour compléter le tableau symptomatologique, l'intermittence, l'irrégularité du *pouls*, sa fréquence un peu augmentée, la pâleur, la

(1) *Traité des mal. du cœur*, 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 391.

bouffissure de la face, l'infiltration des membres; mais il faut prendre garde de ranger parmi les signes de la péricardite chronique des symptômes qui peuvent appartenir à une affection concomitante du cœur, et surtout à une lésion des orifices.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

D'après M. Chomel, la maladie présente ordinairement dans son cours des alternatives de rémission et d'exacerbation. Que se passe-t-il alors? Une nouvelle inflammation aiguë se produirait-elle dans une plus ou moins grande étendue de la cavité du péricarde? C'est ce qu'il est permis d'admettre, au moins dans quelques cas; car on trouve, chez certains sujets, un mélange de fausses membranes récentes et anciennes, qui annonce une ou plusieurs recrudescences de l'affection.

Suivant le même auteur, la *durée* de la péricardite chronique peut varier de six semaines à deux et trois mois; mais les observations prouvent que dans quelques cas, rares il est vrai, l'affection peut avoir une durée notablement plus longue. Il règne une assez grande incertitude sur la *terminaison*. M. Chomel pense que, comme la péricardite aiguë, la péricardite chronique guérit dans un certain nombre de cas. C'est un fait qu'on ne peut guère vérifier dans les observations que nous ont laissées les auteurs, et qui ne pourra l'être que lorsqu'on aura suivi pendant longtemps des sujets examinés attentivement à des époques peu éloignées.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est assez difficile de déterminer d'une manière rigoureuse quelles sont les lésions qui appartiennent en propre à la péricardite chronique. Dans plusieurs cas, en effet, on ne sait si l'épanchement plus ou moins considérable qu'on rencontre après la mort appartient à un retour à l'état aigu, ou s'il s'est produit au moment où la maladie prenait le caractère chronique. Quant aux fausses membranes, elles peuvent être dues à l'existence d'une péricardite aiguë qui se serait dissipée en laissant après elle ces traces de son existence.

Cependant, si l'on trouve sur la surface du péricarde des fausses membranes épaisses, denses, moins fines que les tractus celluleux qui constituent les adhérences anciennes, renfermant entre elles une certaine quantité de liquide trouble, floconneux, plus ou moins purulent, on doit reconnaître que ces lésions appartiennent à la péricardite chronique. Quant aux plaques blanches, laiteuses, cartilagineuses, ossifiées, etc., lorsqu'elles sont réellement dues à une inflammation et non aux progrès de l'âge (1), elles résultent presque toujours d'une inflammation aiguë qui les a laissées après elle. Lorsque ces diverses lésions se trouvent autour de productions morbides anciennes, telles que les productions tuberculeuses et cancéreuses, elles sont généralement chroniques, comme la cause qui les a produites.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la péricardite chronique ne diffère pas sensiblement de celui de la péricardite aiguë; il est seulement plus difficile à cause de l'absence de plusieurs symptômes généraux et locaux qui servent à attirer l'attention des médecins

(1) Bizot, *Loc. cit*, p. 347.

sur la seconde. Mais il suffit de se rappeler les signes indiqués plus haut : voussure, matité, étendue, éloignement des bruits du cœur, bruits anormaux, etc., pour voir que dans les cas où on la recherche, elle peut assez aisément être reconnue. Parfois une pleurésie également chronique vient augmenter encore l'obscurité du diagnostic.

Ce que j'ai dit de la terminaison prouve qu'on ne peut pas se prononcer d'une manière positive sur le *pronostic*. Il est seulement permis de dire qu'en général ce pronostic est grave, et qu'en particulier, lorsque l'affection est causée par des lésions organiques, telles que les tubercules et le cancer, la maladie est nécessairement mortelle.

§ VII. — Traitement.

Dans le traitement de la péricardite chronique, on a mis en usage quelques moyens un peu différents de ceux qui ont été mentionnés dans l'histoire de la péricardite aiguë.

Ainsi les vésicatoires sont généralement remplacés par les *cautères*, les *moxas*, les *sétons*, dont l'action est plus énergique et plus prolongée.

Hope a conseillé l'emploi du *mercure*, mais à des doses modérées, afin de pouvoir en continuer plus longtemps l'administration. M. Chomel recommande les *frictions mercurielles* qui, dit-il, ont plusieurs fois paru produire des effets avantageux.

M. Gendrin veut que, dans les cas où les malades sont fatigués par une médication débilitante, on ait recours aux boissons alcalines, au *sous-nitrate de bismuth* combiné avec l'opium, à l'extrait de *noix vomique* donné à petites doses, et uni soit à la poudre de digitale, soit à l'opium. En même temps il conseille d'administrer les *toniques* et les *amers*, comme l'*infusion* et l'*extrait de quinquina* ou de *gentiane* ; de pratiquer des *frictions sèches* ou avec des *liniments stimulants*, et de prescrire les *bains alcalins et sulfureux*.

Enfin, tous recommandent *un repos presque absolu*, un *régime doux*, des aliments de digestion facile, mais suffisants pour entretenir les forces du malade.

Malheureusement on n'a pas cité un seul fait qui prouve que ce traitement ait eu pour résultat, je ne dirai pas une guérison solide, mais une amélioration notable, quoique passagère. D'après ce que nous voyons dans les autres maladies chroniques les plus graves, on est sans doute porté à penser que ces moyens, et en particulier le repos et le régime, ont quelques avantages ; mais, à cet égard, nous n'avons que des probabilités. Il serait donc inutile d'insister plus longuement sur cette affection, et d'entrer dans des détails qui seront facilement suppléés par l'expérience du praticien.

ARTICLE III.

HYDRO-PÉRICARDE.

Si, à l'imitation de la plupart des auteurs, on regardait comme des cas d'hydropéricarde tous ceux où l'on trouve un épanchement de sérosité limpide ou plus ou moins altérée, il serait facile de rassembler un très grand nombre d'exemples de cette affection ; mais quoique, dans ces derniers temps, on ait soutenu qu'il fallait nécessairement envisager la question de cette manière, je crois qu'il est tout aussi

important d'établir une distinction rigoureuse entre les divers épanchements qui se forment dans le péricarde, qu'entre ceux qu'on observe dans les autres membranes séreuses. Je ne saurais imiter J. Frank, qui, à l'exemple d'un bon nombre d'auteurs qui l'ont précédé, range dans les hydropisies du péricarde toute espèce de collection de liquide, à quelque affection qu'on doive la rapporter. Le plus souvent, ces collections appartiennent à la péricardite soit aiguë, soit chronique ; elles font partie intégrante de la maladie, et s'il est des cas où il est difficile de reconnaître leur origine, ce n'est pas une raison pour introduire la confusion dans cette partie de la pathologie. Il est aussi des cas où il est impossible de distinguer par le diagnostic une dilatation des bronches d'une caverne tuberculeuse ; s'ensuit-il que ces deux maladies ne doivent pas être décrites séparément ? Je ne regarde donc comme un hydro-péricarde que l'épanchement de sérosité qui se produit en l'absence de toute inflammation, et cette manière de voir est celle de Laënnec, de M. Bouillaud, de M. Reynaud, etc. (1).

L'affection envisagée sous ce point de vue se trouve renfermée dans un cadre très étroit, et si l'on cherche des observations propres à en faire connaître l'histoire, on n'en trouve qu'un nombre très limité.

On a divisé l'hydropisie du péricarde en *hydropisie active* et en *hydropisie passive ;* mais la première ne se rencontre que bien rarement.

1° *Hydro-péricarde actif.* Hope, qui n'a jamais vu cette espèce, met son existence en doute ; et quand on parcourt le très petit nombre de faits rapportés par les auteurs, on voit qu'ils présentent plusieurs points très douteux qui leur ôtent beaucoup de leur valeur. Je n'en citerai pour exemple que l'observation recueillie par Corvisart (2), la seule qui ait été mentionnée par M. Reynaud (3). Il est extrêmement difficile, en effet, d'admettre qu'il y eût dans ce cas un simple hydro-péricarde actif, puisque la membrane séreuse présentait, au dire même de Corvisart, les traces d'une inflammation chronique, et que, d'un autre côté, il n'est nullement fait mention de l'état du tissu du cœur et des orifices. Dans un autre cas communiqué à M. Bouillaud (4) par Casimir Broussais, on avait cru pendant la vie à l'existence d'un simple hydro-péricarde ; mais après la mort on trouva des traces évidentes de péricardite. Il faut donc le reconnaître, l'hydro-péricarde actif ou idiopathique est une maladie dont l'existence n'a pas été jusqu'à ce jour démontrée par des faits évidents. Il est par conséquent inutile de s'y arrêter plus longtemps, et il n'y aurait aucun avantage à exposer les signes que lui ont attribués les auteurs.

2° *Hydro-péricarde passif.* L'hydro-péricarde que l'on a appelé passif, est celui qui se forme dans les cas où une lésion des voies circulatoires, ou bien un état morbide général donne lieu à des accumulations de sérosité, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les diverses cavités séreuses.

Causes. Les *causes* signalées sont les *rétrécissements des orifices* qui produisent les autres hydropisies ; les *oblitérations des veines*, et tout ce qui apporte un obstacle à la circulation veineuse. M. Reynaud (*loc. cit.*) dit avoir constaté plusieurs

(1) Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes.* Paris, 1852, p. 337.
(2) *Essai sur les mal. du cœur*, p. 53.
(3) *Dict. de méd.*, t. XV, p. 577.
(4) *Traité des mal. du cœur.* Paris, 1841, t. II, p. 333.

fois l'hydro-péricarde dans des cas où l'obstacle à la circulation veineuse ne siégeait point au confluent des veines et au centre de la circulation, mais bien dans les ramifications capillaires veineuses du péricarde. « Ainsi, ajoute-t-il, dans certains cas de phthisie dans lesquels des adhérences s'étaient formées entre les poumons et la surface externe du péricarde, j'ai vu des tubercules en plus ou moins grand nombre, à l'état cru, qui avaient envahi presque toute l'épaisseur des parois du sac du péricarde, sans cependant avoir encore déterminé d'inflammation manifeste de la membrane séreuse. Alors on voyait qu'il n'existait plus de petits vaisseaux là où il s'était développé des granulations tuberculeuses, tandis que sur les parties voisines, des veinules, beaucoup plus développées qu'à l'ordinaire, constituaient une espèce de plexus plus apparent que de coutume : indice d'une circulation collatérale destinée à suppléer en partie les vaisseaux oblitérés. Dans ces cas, j'ai vu la quantité de sérosité épanchée dans le péricarde beaucoup plus considérable que de coutume, et il me semble naturel de penser qu'alors l'hydro-péricarde n'était point du tout l'effet de l'agonie, mais bien celui de la cause que je viens de signaler. »

L'hydro-péricarde peut-il se développer sous l'influence de causes plus générales, par exemple des diverses *altérations du sang* qui donnent lieu à d'autres hydropisies? On conçoit très bien la possibilité du fait, mais on n'en a point cité d'exemples.

Symptômes. L'épanchement étant l'unique altération matérielle de cette maladie, les phénomènes qu'il produit sont par conséquent les principaux signes de l'hydro-péricarde : une *matité* souvent très étendue, comme dans la péricardite ; une *voussure; l'éloignement* des bruits du cœur ; l'*absence du bruit respiratoire* et *de tout bruit anormal*, tels sont ces phénomènes.

Il en est cependant quelques autres que je dois mentionner. Senac croyait avoir vu, dans quelques cas, à la région précordiale, un *mouvement de fluctuation* indiquant le flot du liquide ; mais ce signe n'a point été observé par les autres auteurs, et tout porte à croire que Senac n'avait aperçu que les battements du cœur encore visibles. Corvisart assure avoir senti la fluctuation par le toucher, et de plus avoir constaté que le cœur bat tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Peut-être s'agissait-il d'une *hydro-pneumo-péricarde*, comme celui qu'a observé M. Bricheteau. Cet auteur (1) a, en effet, rapporté un cas très curieux de ce genre, survenu chez un homme qui avait reçu dans la poitrine un coup de timon de voiture. Le symptôme le plus frappant fut un *bruit de fluctuation perceptible à l'oreille.*

Enfin on a noté la sensation d'un poids sur le cœur, et tout le monde a cité cette assertion de Reimann et de Saxonia, qui prétendent que les malades sentent *leur cœur nager dans l'eau.* Ces derniers phénomènes sont loin d'être constants et d'avoir la valeur que leur ont attribuée les auteurs que je viens d'indiquer ; mais il ne s'ensuit pas que l'hydro-péricarde soit, comme ils l'ont pensé, très difficile à diagnostiquer, car les signes physiques décrits plus haut suffisent pour faire reconnaître l'existence de l'épanchement, et les circonstances accessoires peuvent servir à en déterminer la nature.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1844, t. IV, p. 334.

D'autres symptômes, tels que les palpitations, la faiblesse et l'intermittence du pouls, les lipothymies, la gêne de la respiration, la difficulté de garder le décubitus dorsal, le soulagement dans la station assise, le corps étant penché en avant, la tendance à se courber du côté gauche, sont des symptômes qui appartiennent à plusieurs maladies du cœur, et qui néanmoins peuvent avoir une assez grande importance dans l'hydro-péricarde ; mais leur valeur n'est pas suffisamment déterminée. Desault (1) est un de ceux qui ont le plus insisté sur ces symptômes.

Marche ; durée ; terminaison. La marche et la durée de l'affection n'ont point été suffisamment étudiées ; cependant il est permis de dire, puisque la description précédente ne porte que sur l'hydro-péricarde appelé passif, que la marche est lente. Quant à la terminaison, comme l'hydropisie est liée à des affections presque toujours fort graves, elle est ordinairement mortelle.

Lésions anatomiques. Une sérosité de couleur variable, jaunâtre, légèrement verdâtre, rarement incolore, mais toujours limpide, et dilatant plus ou moins la cavité du péricarde, telle est la lésion que montre l'ouverture des cadavres, chez lesquels on trouve en outre les diverses altérations organiques qui ont causé la mort.

Diagnostic. Nous avons vu qu'il n'était point difficile de diagnostiquer l'existence d'un épanchement dans le péricarde ; mais cet épanchement est-il dû à une hydropisie, ou bien est-il le résultat d'une péricardite ? C'est là une question un peu moins facile à résoudre. La marche de la maladie, la douleur qui s'est développée à une époque plus ou moins éloignée, des accidents fébriles, et l'absence des affections organiques qui donnent lieu à l'hydro-péricarde, serviront à faire distinguer les deux espèces d'épanchement.

Traitement. On doit s'attendre nécessairement à trouver une grande confusion dans le traitement de cette maladie, puisque les remèdes dirigés contre elle l'ont été également contre la péricardite, qui, suivant les auteurs, en est si souvent la cause.

Senac prescrivait particulièrement les *purgatifs* et les *diurétiques*, et, parmi ces derniers, il recommande le *vin scillitique* et une *poudre faite avec la scille, l'asclepias et le nitre.* Les autres auteurs ont presque tous, à son exemple, conseillé uniquement les moyens opposés aux hydropisies en général. J'aurai à étudier ces moyens, lorsque je ferai l'histoire de l'*anasarque ;* il serait donc inutile de les indiquer ici.

Mais je ne dois pas passer sous silence une opération proposée contre cette affection. Déjà Riolan avait conseillé la ponction de la région précordiale, qu'il pratiquait à environ 3 centimètres du cartilage xyphoïde. Plus tard, Senac (2), après avoir réfléchi aux dangers de cette méthode, pensa qu'il serait moins hasardeux de trépaner le sternum, et de faire ensuite la ponction du péricarde, manière d'opérer qui a été plus tard proposée par M. Skielderup, auquel on en a mal à propos attribué la première idée. Quant à Desault, qui a pratiqué l'ouverture du thorax dans un cas où il croyait à l'existence de l'hydro-péricarde, il se servait du bistouri et pratiquait l'incision dans un des espaces intercostaux. Voici l'exposé rapide de ces trois procédés :

1 *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 304.
2 Senac, *Malad. du cœur*, t. I, p. 175.

PONCTION PAR LE TROIS-QUARTS (1).

L'instrument doit être enfoncé entre la troisième et la quatrième côte, à 5 centimètres et demi du sternum; on le dirige obliquement vers l'origine de l'appendice xyphoïde, en le conduisant le long des côtes, et en s'en éloignant le moins qu'on peut; puis, quand on a évacué la sérosité, on ferme l'ouverture à l'aide d'un emplâtre de diachylon, comme dans la paracentèse abdominale.

OUVERTURE PAR LE BISTOURI.

Dans un cas où il crut à l'existence d'un hydro-péricarde, Desault pratiqua l'ouverture de la poitrine de la manière suivante :

Il fit une incision entre la sixième et la septième côte, du côté gauche, vis-à-vis la pointe du cœur, et divisa successivement la peau, l'entre-croisement des muscles grand oblique et grand pectoral, et le plan des muscles intercostaux. Arrivé à ce point, il porta le doigt dans la poitrine, afin de sentir le péricarde; ayant découvert la membrane, il ouvrit avec un bistouri mousse la poche dilatée, et donna issue à environ un demi-litre d'eau qui s'échappa avec une espèce de sifflement à chaque expiration; puis, l'ouverture fut fermée et pansée simplement.

Il faut ajouter que, dans cette opération, Desault ouvrit, non le péricarde, mais une poche adjacente qui formait une pleurésie partielle.

OUVERTURE DU STERNUM PAR LE TRÉPAN, PROPOSÉE D'ABORD PAR SENAC, ET PLUS TARD PAR SKIELDERUP.

Cet ouverture doit être faite un peu au-dessous de l'endroit où le cartilage de la cinquième côte s'unit au sternum; là, les deux lames du médiastin laissent entre elles un intervalle triangulaire placé un peu plus à gauche qu'à droite, et qui est rempli par un tissu cellulaire vésiculeux; la base de cet espace, triangulaire aussi, se trouve sur le diaphragme, et son sommet à la hauteur de la cinquième côte. Il résulte de cette disposition, qu'après avoir trépané le sternum à l'endroit indiqué, on peut arriver jusqu'au péricarde sans intéresser la plèvre. Pour cette opération, on a besoin d'une couronne de trépan qui fasse une ouverture assez grande pour qu'on puisse y introduire le doigt indicateur qui doit reconnaître la fluctuation du liquide contenu dans le péricarde, et servir de conducteur au bistouri long et étroit avec lequel on ouvre cette membrane. Si, après avoir incisé la membrane qui revêt la face postérieure du sternum, il survenait une hémorrhagie, on différerait le reste de l'opération; dans le cas même où il ne surviendrait aucune hémorrhagie, un chirurgien prudent éviterait de percer le péricarde avant qu'il fût poussé dans l'ouverture du sternum, où on le reconnaîtrait à la fluctuation qu'il offrirait sous le doigt.

Pendant l'incision du péricarde, le malade devra être incliné en avant.

(1) La description qui va suivre se trouve dans l'ouvrage de Boyer (*Traité des mal. chirurg.*, t. VII, p. 410). Elle est attribuée à Senac, mais je n'ai pu la découvrir dans son ouvrage, et j'ai trouvé au contraire, à l'article *Traitement de l'hydropisie du péricarde*, de nombreuses objections à cette opération, que Senac, je le répète, proposait de remplacer par la trépanation du sternum.

Tels sont les principaux procédés à l'aide desquels on a proposé d'évacuer le liquide contenu dans le péricarde. Dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, M. Velpeau (1) a émis l'opinion que des *injections iodées* pourraient avoir de l'avantage, en favorisant rapidement les adhérences et en s'opposant à une nouvelle accumulation de sérosité. En l'absence des faits, il est impossible de se prononcer sur cette opération.

Au reste, puisque, comme on l'a vu plus haut, le véritable hydro-péricarde ne se montre guère que dans des cas où il existe des lésions chroniques, le plus souvent mortelles, on sent que l'opération n'offrira jamais de grandes chances de succès. Aussi est-ce presque toujours dans des cas de péricardite chronique qu'on l'a pratiquée.

Mais c'en est assez sur une question qui restera dans le vague tant qu'on ne s'attachera pas à recueillir des observations plus exactes et plus précises.

ARTICLE IV.

ADHÉRENCES DU PÉRICARDE AU CŒUR.

Les auteurs se sont occupés particulièrement de cette lésion consécutive, qui leur a paru, au premier abord, devoir apporter un grand trouble dans les mouvements du cœur : mais leurs recherches ne les ont pas conduits à des conclusions très positives. Suivant Laënnec, M. Bouillaud et la plupart des autres observateurs, il n'est pas rare de rencontrer, dans la péricardite, des adhérences étendues et serrées du péricarde sans aucune altération de la santé. Hope, au contraire, affirme que, dans tous les cas, il a observé des symptômes plus ou moins marqués. Malheureusement les observations ne sont pas suffisantes pour qu'on puisse se prononcer sur ce point.

Les symptômes attribués par Hope aux adhérences du péricarde ne diffèrent pas de ceux de l'hypertrophie : ce sont des *palpitations*, de la *dyspnée*, un *trouble dans le rhythme* des battements du cœur, etc. Aussi cet auteur, se fondant sur cette ressemblance, a-t-il regardé les adhérences comme une cause de l'hypertrophie : opinion corroborée à ses yeux par l'anatomie pathologique, car il a constamment trouvé, chez les sujets morts avec des adhérences du péricarde, une augmentation plus ou moins considérable des cavités et des parois du cœur. Mais il eût fallu suivre attentivement la marche de la maladie, pour s'assurer que réellement la péricardite avait précédé l'hypertrophie, ce qui n'est rien moins que démontré; et, d'un autre côté, M. Gairdner (2) a vu qu'à l'ouverture des cadavres, les adhérences du péricarde ne correspondaient pas constamment à une hypertrophie.

Quant à Joseph Frank, qui, sous le nom de *symphyse cardiaque*, a décrit la lésion qui nous occupe, il a indiqué quelques symptômes généraux et locaux qui peuvent s'appliquer à toutes les maladies organiques du cœur. Rien n'est donc plus vague que la description de cette maladie, telle qu'elle a été tracée par les auteurs. Quelques uns cependant ont mentionné certains signes physiques particuliers dont il importe de dire un mot.

(1) *Ann. de la chirurgie française*. Paris, 1845, t. XV, p. 257.
(2) *Monthly journ. of. med. sc.*, fév. 1851.

Les docteurs Heim (1) et Sanders (2) avaient cru trouver un signe positif des adhérences du péricarde au cœur dans une certaine rétraction qui, à chaque battement, se fait remarquer immédiatement au-dessous des derniers cartilages costaux du côté gauche, phénomène dont ils expliquaient ainsi la production : Le péricarde étant adhérent, d'une part au cœur, et d'autre part au diaphragme, toutes les fois que le premier se contracte, la pointe est attirée en haut ; elle entraîne le muscle, qui, à son tour, produit la dépression dont je viens de parler. Sans entrer dans la discussion qui a été soulevée à ce sujet, je dirai que les autres auteurs, Laënnec, Hope, M. Bouillaud, qui ont porté sur ce point leur attention, n'ont pas observé ce phénomène. Enfin, suivant M. Skoda (3), c'est seulement quand l'adhérence du péricarde coïncide avec la position verticale du cœur que cette dépression a lieu.

Hope a donné deux signes particuliers propres à faire reconnaître les adhérences du péricarde : le premier est le *siége des battements* du cœur qui se trouve aussi élevé que dans l'état naturel, quoique l'augmentation de volume dût faire battre la pointe notablement plus bas ; le second est la production d'un *mouvement de ressaut*, d'une *secousse brusque* due à la gêne que le cœur éprouve dans sa contraction. Ces deux signes n'ont pas été suffisamment recherchés par les autres médecins qui ont étudié les maladies du cœur.

M. Bouillaud a, dans un cas (4), entendu un *bruit de râpe* superficiel chez un sujet dont le péricarde adhérait par des fausses membranes endurcies ; mais on sent que ce signe ne doit se rencontrer que dans des circonstances particulières, car il faut, pour qu'il soit produit, d'une part que les adhérences soient assez lâches pour permettre au cœur de frotter sur le péricarde, et de l'autre que l'endurcissement de ces pseudo-membranes soit considérable : circonstances qui doivent se rencontrer rarement réunies. Ajoutons que l'auteur n'indique pas l'état des orifices du cœur, ce qui augmente encore notre incertitude sur la valeur du symptôme.

Pour M. Forget (5) les signes caractéristiques de l'adhérence générale et récente sont : le tumulte et la confusion des battements du cœur, la fréquence, la petitesse, l'inégalité, l'irrégularité du pouls, la dyspnée, l'anxiété précordiale, la tendance aux syncopes avec disparition du bruit de frottement. « Mais, ajoute ce médecin, » aucun de ces signes n'est réellement pathognomonique, aucun n'est constant et » invariable, ils n'ont de valeur que par leurs combinaisons et leurs rapports avec » les autres circonstances de la maladie. »

Enfin, pour M. Skoda (6) l'adhérence du péricarde au cœur est caractérisée par la rétraction des espaces intercostaux lorsqu'il y a en même temps adhérence de la plèvre costale au péricarde, et cet auteur ajoute : « La *traction de la moitié inférieure du sternum* est un signe certain de l'adhérence du cœur avec le péricarde, et indique que le cœur est fixé le long de la colonne vertébrale. »

(1) Voy. Kreysig. t. III, p. 621.
(2) *Journ. de Hufeland*, 1820.
(3) *Sur les signes auxquels on reconnaît pendant la vie l'adhér. du péric. au cœur* (*Archiv. gén. de méd.*, 1852).
(4) *Traité des maladies du cœur*, t. I, p. 434, obs. 21.
(5) *Précis théor. et prat. des mal. du cœur*. Strasbourg, 1851, p. 151.
(6) *Loc. cit.*

On ne s'est nullement occupé du traitement de cette lésion, à laquelle on peut appliquer celui des maladies organiques du cœur en général. N'ayant donc rien de plus positif à en dire, je ne m'y arrêterai pas plus longtemps. J'ajouterai seulement que M. Forget (1) admet qu'elles sont non seulement compatibles avec la vie, mais susceptibles de certaines modifications favorables, peut-être même de résolution; c'est ce que démontrent, selon lui, les brides allongées, les filaments rompus, etc.

ARTICLE V.

LÉSIONS DIVERSES DU PÉRICARDE.

Il est quelques autres lésions du péricarde que je dois me borner à mentionner; elles n'ont point, en effet, d'intérêt réellement pratique. Les *plaques cartilagineuses*, *ossiformes*, qui ont été si bien décrites par M. Bizot; des *granulations tuberculeuses* que l'on a observées dans quelques cas; le *cancer*, rencontré par Laënnec, MM. Cruveilhier, Andral, Bouillaud, etc.; les *kystes séreux*, dont quelques médecins des siècles derniers ont cité des exemples; les *ulcérations*, qui, dans le plus grand nombre de cas, n'étaient probablement que des fausses membranes offrant une disposition particulière : telles sont les altérations anatomiques que l'on a rencontrées quelquefois dans le péricarde, mais qui, dans l'état actuel de la science, sont presque exclusivement du domaine de l'anatomie pathologique; car les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu sont fort peu connus.

Parmi les maladies organiques du cœur et du péricarde, je n'ai pas cru devoir placer les *vices de conformation*, les *altérations congénitales* que tous les auteurs ont décrites; elles n'intéressent point le praticien, et si, dans quelques cas, une situation anormale du cœur, une *transposition complète* pouvaient donner lieu à quelque incertitude dans le diagnostic, il suffit de signaler la possibilité de ces faits pour que le médecin se tienne en garde contre eux. Je passe donc immédiatement à la description des palpitations nerveuses, affection purement fonctionnelle, et dont le siége dans l'organe central de la circulation ne pouvait par conséquent pas être précisé.

APPENDICE.

Palpitations nerveuses du cœur.

§ I. — Définition.

Nous avons vu dans les articles précédents à combien de lésions organiques se rapportent les palpitations du cœur. Il me reste maintenant à parler de celles qui se montrent sans lésions apparentes. Les recherches à ce sujet sont très peu précises. On s'est borné à tracer l'histoire de cette maladie d'après des impressions générales, et les auteurs, dans leurs articles, n'ont fait que répéter ce qui avait été dit par leurs devanciers. On ne recueille point d'observations de palpitations nerveuses du cœur, et il serait par conséquent impossible d'invoquer les faits pour vérifier les assertions de ces auteurs. Contentons-nous donc d'indiquer rapidement les principaux caractères de cette affection.

(1) *Loc. cit.*

§ II. — Causes.

On a rangé parmi les causes des palpitations nerveuses du cœur l'*hystérie*, l'*hypochondrie*, l'*aménorrhée*, les *flueurs blanches*, les excès de toute espèce, et entre autres les *excès de boissons alcooliques*, une *contention d'esprit* longtemps prolongée, la *nostalgie*, toutes les *émotions morales vives;* mais quelle est l'influence réelle de ces causes? dans quelle proportion des cas se fait-elle sentir? C'est ce que nous ne pouvons pas déterminer, car rien n'a été fait à ce sujet. On n'admet pas aujourd'hui l'existence de palpitations qui seraient *particulières aux étudiants*, comme l'avaient pensé quelques médecins d'Édimbourg.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes des palpitations sont fort simples, car ils consistent presque uniquement dans les battements exagérés du cœur. Ces *palpitations*, qui souvent surviennent tout à coup pour la plus légère cause, et qui, ainsi que l'a fait remarquer Laënnec, se montrent plus particulièrement au commencement de la nuit, et troublent le premier sommeil, consistent dans une *augmentation d'impulsion* et de fréquence des battements normaux du cœur, et dans une plus grande sonorité des bruits. La région précordiale est soulevée, le malade entend très distinctement son cœur battre, et, ce qui est plus important encore à noter, *il en sent les pulsations.*

Suivant Laënnec, « un sentiment d'agitation intérieure, et surtout dans la tête et dans l'abdomen, est inséparable de cet état, qui ne diffère de la fièvre qu'en ce qu'il n'est pas précédé de frissons ni suivi de sueur, et que la chaleur de la peau reste naturelle; » mais la comparaison me paraît un peu forcée, car les différences sont, comme on le voit, très considérables.

M. Bouillaud a remarqué que les palpitations sont quelquefois accompagnées d'un *léger bruit de souffle* qui disparaît aussitôt que le cœur est revenu à son état de calme. C'est au premier temps que se fait entendre ce bruit anormal.

Lorsque les palpitations sont très violentes, le malade éprouve à la région précordiale un *malaise indéfinissable;* il est porté, malgré lui, à comprimer cette partie, et, suivant M. Bouillaud, il y a quelquefois une tendance marquée aux *défaillances* et à la *syncope.*

Il existe souvent des *douleurs intercostales*, ayant surtout de l'intensité vers la région précordiale. M. Sandras (1) attribue à une *névralgie du cœur*, l'existence de battements tumultueux joints à cette douleur précordiale. Mais le fait n'est pas démontré. Dans un cas observé par ce médecin, un vésicatoire avec la morphine enleva la maladie. Je pense qu'il ne s'agissait dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, que de palpitations nerveuses compliquées de névralgie intercostale.

Enfin, d'après Laënnec, les *urines* sont habituellement claires et ténues pendant tout le temps que durent les palpitations.

Telle est la description de cette lésion fonctionnelle qui n'est point encore suffisamment connue. Il est plus que probable que plusieurs des signes qui viennent d'être indiqués n'ont été admis que d'après la théorie, et peut-être en est-il quel-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, octobre 1848.

ques autres qu'une observation plus attentive nous ferait reconnaître, et que nous ignorons encore.

Maintenant joignons à ces symptômes les résultats de la *percussion* et de l'*auscultation*, qui, bien que négatifs, n'en ont pas moins une grande valeur.

La *percussion* fait constater l'*absence de toute matité anormale*, ce qui est tellement en opposition avec la violence souvent extrême des battements du cœur, que dans le plus grand nombre des cas, ce fait suffit pour exclure l'existence de toute maladie organique. Quant à l'*auscultation*, voici les renseignements qu'elle fournit, d'après Laënnec : les bruits, quoique clairs, ne s'entendent pas fortement dans une grande étendue, et le choc, lors même qu'il paraît énergique au premier abord, a peu de force réelle, car il ne soulève pas sensiblement la tête de l'observateur. Ce dernier signe paraît à Laënnec le plus important et le plus certain de tous, surtout si l'on y ajoute la fréquence des battements, toujours plus grande que dans l'état naturel ; car le plus souvent, suivant cet auteur, elle est de quatre-vingt-quatre à quatre-vingt-seize pulsations par minute.

Quant aux symptômes généraux, ils sont peu remarquables : un peu d'*agitation*, la *fréquence* de la *respiration* en rapport avec celle de la circulation ; par suite, un *pouls vif* et frappant brusquement le doigt, tels sont ceux qu'il importe de mentionner.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison.

La *marche* de la maladie est essentiellement variable. Tantôt le malade est calme et peut, sans en être incommodé, se livrer à des actes qui, dans d'autres moments, produisent des palpitations violentes ; tantôt, au contraire, il est très irritable, et la moindre cause produit un accès de palpitations. Les intervalles de calme ont une durée très différente, suivant les époques et suivant les sujets. Quant à la *durée* totale de la maladie, elle peut être très considérable, et c'est là un des caractères qui la distinguent essentiellement des maladies organiques du cœur. Si l'on trouve, en effet, un sujet qui déjà, depuis plusieurs années, présente des palpitations plus ou moins fréquentes, sans qu'à la percussion et à l'auscultation on puisse découvrir aucun signe physique de maladie organique, on ne peut guère douter qu'il ne s'agisse de palpitations nerveuses.

Quelle est la *terminaison* de cette affection ? C'est ce qu'il est très difficile de dire. Peut-elle donner lieu, après une durée plus ou moins considérable, à une lésion organique, à une hypertrophie, par exemple ? C'est là une opinion assez généralement répandue ; mais on cherche en vain les faits sur lesquels elle est appuyée. Ce mode de terminaison, s'il existe, doit être au moins fort rare. « Je ne nie point, dit Laënnec, que cela puisse être, mais je dois dire que je n'ai rien vu qui prouve que cette opinion soit fondée. On peut ajouter que la plupart des autres auteurs n'ont point fait à ce sujet d'observations plus précises. La terminaison des palpitations nerveuses est donc encore très peu connue. On les a vues cesser en même temps que les excès qui en avaient déterminé l'apparition.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est inutile de dire qu'on ne trouve point, chez les sujets qui ont succombé à d'autres affections, de *lésions anatomiques* qui rendent compte des palpitations

dont le cœur a été le siége; car c'est là précisément ce qui leur a fait donner le nom de *palpitations nerveuses.*

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic de cette affection est important, car il peut avoir une grande influence sur le pronostic. Deux choses sont à considérer pour l'établir sur des bases solides : 1° l'absence d'une matité augmentée à la région précordiale, et d'un soulèvement très notable de la paroi thoracique; 2° les exacerbations considérables de la maladie, et son intermittence plus ou moins complète ; car, quoi qu'on en ait dit, il est au moins très rare de trouver des palpitations nerveuses continues.

On ne pourrait guère confondre ces palpitations qu'avec l'*hypertrophie du cœur;* mais d'abord l'absence de la matité augmentée suffit pour les distinguer de l'hypertrophie avec dilatation, et quant à l'hypertrophie simple, nous savons qu'elle présente une impulsion notable, un soulèvement considérable des parois de la poitrine, et une obscurité plus ou moins considérable des bruits du cœur ; tandis que, dans les palpitations nerveuses, l'impulsion et le soulèvement des parois de la poitrine sont peu considérables, et les bruits du cœur sont clairs et forts.

Quant aux palpitations qui ont lieu chez les *chlorotiques*, les *anémiques*, les sujets affectés d'une *péricardite*, d'une *communication anormale* des cavités, etc., elles se lient à une série de symptômes qui ont été décrits ou le seront par la suite, et qui suffisent pour écarter toute cause d'erreur. Il est inutile de donner un tableau synoptique de ce diagnostic fort simple, mais que le praticien doit avoir, je le répète, présent à l'esprit, s'il veut éviter toute confusion entre des maladies d'une gravité très différente.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de cette affection, assez fréquente chez les femmes, doit être présenté avec quelques détails. Tous les auteurs s'accordent à dire que les *émissions sanguines* ne doivent pas être employées. Elles n'ont, en effet, dans cette maladie, comme dans toutes celles qui sont de nature purement nerveuse, aucune efficacité réelle, et, bien plus, elles exposent les malades à l'anémie, qui est elle-même une cause de palpitations. Cependant si, comme le fait remarquer Laënnec, il existait un état pléthorique, une complication ou une indication quelconque qui parût réclamer la *saignée*, on ne devrait pas hésiter à la mettre en usage, mais toujours avec modération, car il y aurait plus d'inconvénients à dépasser le but qu'à rester en deçà. Au reste, nous ne pouvons présenter sur ce point que des généralités, des renseignements bien précis nous manquant complétement.

Les *ferrugineux* ont été employés dans les palpitations nerveuses aussi bien que dans les palpitations chlorotiques ; mais malheureusement les observations nous manquent encore pour décider si elles ont, dans cette maladie, une aussi grande efficacité que dans la chlorose. Les diverses préparations ferrugineuses : les *pilules* de *Blaud*, de *Vallet*, les *eaux ferrugineuses*, la *limaille de fer*, etc., remplissent toutes cette indication, sur laquelle je reviendrai plus en détail dans l'histoire de la chlorose.

Les *toniques* ont été quelquefois ordonnés. La substance qui est le plus fréquemment mise en usage est sans contredit le *quinquina*, qu'on a également prescrit dans les névralgies et dans les névroses. On peut le faire prendre en poudre, uni au *cachou*, d'après la formule suivante :

℞ Quinquina.............. 10 gram. | Cachou.................. 5 gram.

Divisez en deux paquets. Dose : un le matin et l'autre le soir.

Ou bien encore, donner le quinquina en extrait, ou dans une potion, suivant les formules généralement usitées.

Je n'en dirai pas davantage sur cette médication, qui n'a pas encore été l'objet d'expérimentations suffisantes.

Les *calmants* et les *antispasmodiques* ont dû nécessairement trouver place dans le traitement d'une maladie de nature nerveuse. Laënnec recommande l'infusion de *laurier-cerise*, mais il est plus convenable d'administrer ce médicament à l'état d'*eau distillée*, de manière à pouvoir le doser sans crainte de dépasser les bornes. *Dix à quarante gouttes* d'eau distillée de laurier-cerise dans une potion ordinaire sont suffisantes. L'*acide hydrocyanique* a été mis en usage dans le même but ; mais comme il n'a pas d'action particulière, il est inutile d'y avoir recours.

La *digitale pourprée* a été également prescrite, et son action marquée sur la circulation doit en effet engager à l'employer. Non seulement on l'administrera à l'intérieur sous forme de sirop, de potion, de teinture, et surtout de *teinture éthérée*, mais encore on fera pratiquer des frictions sur la région précordiale et sur l'épigastre avec la teinture alcoolique. J'ai déjà indiqué plus haut diverses manières d'administrer ce médicament.

M. Forget (1) conseille les *inhalations d'éther ou de chloroforme*, mais de manière à ne pas amener l'anesthésie.

Lorsqu'il existe une douleur intercostale à la région précordiale, on doit la traiter par les *vésicatoires volants* avec ou sans *morphine*. On a vu plus haut le succès qu'a obtenu M. Sandras par ce moyen.

Les *bains tièdes ou frais*, suivant la saison, ont été prescrits avec avantage par Laënnec ; et si l'on joint aux moyens qui viennent d'être indiqués un *bon régime*, un *exercice modéré*, et autant que possible un calme parfait, on aura tout ce que l'expérience de nos devanciers nous a appris sur ce traitement, qui, je le répète encore, aurait besoin d'être étudié de nouveau d'une manière suivie et à l'aide d'observations rigoureuses.

Ici se termine ce que j'avais à dire des maladies du cœur et du péricarde. D'après plusieurs auteurs, il me resterait à parler de la *syncope*, du *spasme du cœur*, de l'*angine de poitrine*, des *névralgies du cœur ;* mais la syncope me paraît devoir être reléguée à la fin des maladies des voies circulatoires, attendu que si la cessation des battements du cœur est la cause organique qui la produit, cette sus-

(1) *Loc. cit.*

pension d'une fonction aussi importante est elle-même sous l'influence d'un état général qui la domine. Quant à l'angine de poitrine, je crois devoir la ranger parmi les névralgies, bien qu'elle ait paru liée, dans un certain nombre de cas, à une affection du cœur ou des gros vaisseaux. Je discuterai d'ailleurs, quand je serai arrivé à son histoire, les diverses opinions auxquelles elle a donné lieu. Et pour ce qui est du spasme et des névralgies du cœur, il me suffit de dire que ces maladies, mal déterminées, à peine indiquées, ne paraissent pas, à la plupart de ceux qui se sont occupés avec le plus de succès des affections de cet organe, devoir trouver place dans le cadre nosologique. Quelques conjectures émises dans certains ouvrages, et surtout dans celui de Laënnec, ne suffisent pas pour qu'on accorde une description particulière à certains phénomènes qui ne sont presque jamais que de simples accidents.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DES ARTÈRES.

Les maladies des artères sont peut-être tout aussi nombreuses que celles du cœur et du péricarde ; mais soit qu'un bon nombre d'entre elles ne donnent lieu qu'à des symptômes très difficiles à reconnaître, soit que les recherches se trouvent insuffisantes, il est vrai de dire que nous n'en connaissons qu'un petit nombre. Ainsi, lorsque nous aurons parlé de l'aortite aiguë, de l'anévrysme et de l'oblitération de l'aorte, et de l'artérite spontanée, nous ne trouverons plus guère, relativement aux autres affections, que doute et incertitude. Les opinions les plus diverses ont, en effet, été soutenues sur les dégénérescences, les incrustations, les ossifications des artères, et le plus souvent les faits nous manquent pour résoudre les questions les plus importantes. Ce n'est là toutefois qu'un faible inconvénient pour le praticien, car ces lésions ne donnent lieu par elles-mêmes qu'à des signes très équivoques. Je vais commencer par les maladies de l'aorte.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE L'AORTE.

A la rigueur, on devrait faire entrer dans les affections de l'aorte les lésions des valvules sygmoïdes dont j'ai donné plus haut la description ; mais l'usage veut qu'on les rattache aux maladies du cœur. C'est donc des affections qui ont leur siége dans le vaisseau lui-même que je vais maintenant m'occuper.

Mais auparavant il importe d'indiquer rapidement la situation normale et les rapports de ce vaisseau. L'utilité de cette description sommaire sera facilement sentie. Les signes les plus importants de l'anévrysme résultent, en effet, des modifications plus ou moins considérables survenues dans le calibre de ce vaisseau et de

la compression exercée par son ampliation générale ou partielle sur les organes voisins. Il est, par conséquent, absolument nécessaire de bien connaître les points de contact de l'artère avec ces organes, pour apprécier convenablement les symptômes qui s'offrent à l'observation. Il me paraît d'autant plus utile d'entrer dans ces détails, que, dans les *traités d'anatomie descriptive*, on n'a pas insisté suffisamment sur les conséquences pathologiques qu'on peut en déduire, et que, dans les *traités d'anatomie chirurgicale* ou des *régions*, on les a présentées principalement sous le point de vue de la pathologie externe (1).

ARTICLE I.

SITUATION ET RAPPORTS DE L'AORTE A L'ÉTAT NORMAL.

Me proposant, dans la description de l'anévrysme, de diviser l'aorte en trois parties dans lesquelles cette affection présente des caractères particuliers, je crois devoir suivre ici cette division.

1° *Aorte ascendante et crosse.* On donnait autrefois le nom de crosse de l'aorte à toute la partie de ce vaisseau comprise entre son origine et la fin de sa courbure. Aujourd'hui on appelle *aorte ascendante* la portion qui, de la sortie du cœur, se porte jusqu'à la courbure, et l'on réserve le nom de crosse de l'aorte à la courbure elle-même.

L'*aorte ascendante*, renfermée dans le péricarde à son origine, sort du ventricule gauche derrière l'artère pulmonaire, dont elle croise la direction de gauche à droite, de telle sorte qu'elle ne devient bien apparente que dans un point du sternum correspondant au milieu ou au tiers inférieur du second espace intercostal. Masquée par l'artère pulmonaire dans toute l'étendue de son trajet, elle est en rapport intime avec cette dernière, à laquelle correspond son *grand sinus* ou sinus antérieur ; de telle sorte qu'une tumeur anévrysmale qui aurait son siége dans ce point exercerait nécessairement une compression marquée sur le tronc de l'artère à sang noir ; j'en citerai plus loin un exemple. La partie postérieure de cette portion correspond à la colonne vertébrale et est voisine de l'aorte descendante et de l'œsophage, de manière qu'un anévrysme qui occuperait ce point pourrait comprimer ces canaux et agir sur la colonne vertébrale ; mais je n'en ai pas trouvé d'exemples dans les auteurs. Quant à moi, je viens tout récemment d'observer un anévrysme de cette partie qui causait de très vives douleurs dans l'œsophage, et vers la cinquième et la sixième vertèbre dorsale.

Plus haut, l'aorte ascendante nous offre une direction et des rapports plus importants à considérer. Dégagée de l'artère pulmonaire, elle monte le long du sternum, occupe la portion droite de cet os, et n'est séparée de lui que par le médiastin antérieur. Quelquefois elle déborde un peu le bord droit du sternum, mais non d'une manière considérable, ce qu'il faut avoir présent à l'esprit. Elle remonte ainsi jusqu'à un point correspondant à peu près au milieu du premier espace intercostal, où commence véritablement la courbure. Dans cette partie de son trajet, qui, d'après les observations que j'ai rassemblées, est, avec le commen-

(1) Voy. Velpeau, *Traité d'anatomie chirurgicale*. Paris, 1837, 2 vol. in-8. — Dubrueil, *Des anomalies artérielles*. Paris, 1847, p. 21, 192 et suiv.

cement de la courbure, le siége le plus fréquent de l'anévrysme, l'aorte est en rapport, *en avant*, d'abord avec l'oreillette droite, mais dans une petite partie de son étendue seulement, puis avec le sternum et les articulations costo-sternales droites. *En arrière*, elle a à peu près les mêmes rapports que la portion précédente ; toutefois il faut remarquer que, située plus à droite, elle croise l'origine de la bronche droite et l'artère pulmonaire du même côté, et qu'elle a un rapport moins immédiat avec la veine azigos. *A droite*, les rapports sont tout aussi importants, puisque l'aorte est côtoyée par la veine cave supérieure, qui lui est un peu postérieure. Les nerfs qui plongent dans la poitrine ne sont pas avec elle en rapport immédiat. Enfin, *à gauche*, l'aorte ascendante se trouve encore en contact avec l'artère pulmonaire, par suite du mouvement qu'ont fait ces deux vaisseaux : l'artère pulmonaire, pour devenir postérieure, d'antérieure qu'elle était, et réciproquement. Jusqu'à présent donc l'aorte se trouve principalement en contact avec l'artère pulmonaire ; aussi verrons-nous que c'est dans ce point que se rencontre presque toujours l'anévrysme variqueux.

La *crosse* ou *courbure* a pour principal rapport d'être à cheval sur la trachée-artère, peu avant la division de ce canal. Par sa partie postérieure, et de plus par sa concavité ou son bord inférieur, elle répond à la trachée, et aussi, quoiqu'un peu moins immédiatement, à la partie droite des premiers anneaux de la bronche gauche, au moment où l'artère va se placer sur le côté gauche de la colonne vertébrale, pour devenir descendante. Le bord inférieur de la courbure est, de plus, en rapport avec la partie la plus élevée de l'artère pulmonaire avant sa division. Ses rapports vec le nerf vague sont moins intimes, mais il y a cette particularité remarquable, que le nerf récurrent l'embrasse par sa partie inférieure, pour remonter vers le larynx en la contournant. Par sa *partie antérieure*, la courbure aortique est en rapport avec le sternum, dont elle n'est séparée que par une petite quantité de tissu cellulaire, et son *bord supérieur*, qui donne naissance aux artères de la partie supérieure du corps, est cotoyé dans une assez grande partie de son étendue par le tronc veineux brachio-céphalique gauche, qui la sépare du creux sus-sternal. Remarquons, dans cette disposition, les rapports avec le sternum favorables au développement d'une tumeur externe ; le contact avec le tronc veineux brachio-céphalique favorable à la formation de l'anévrysme variqueux, et surtout la situation de l'artère sur la trachée, qui rend souvent compte de la dyspnée occasionnée par la compression, et qui favorise l'ouverture du sac anévrysmal dans les voies respiratoires. Le commencement de la courbure, ainsi que la portion ascendante du vaisseau, n'est pas en rapport tout à fait immédiat avec le poumon droit, tandis que l'extrémité de la crosse est en contact avec le sommet du poumon gauche.

Je suis entré dans d'assez grands détails sur les rapports de la première portion du vaisseau, parce que cette portion étant le siége du plus grand nombre des anévrysmes, et les tumeurs anévrysmales qui l'affectent donnant lieu à des symptômes très variés, il est de toute nécessité, pour suivre la marche de la maladie et pour porter un diagnostic précis, de pouvoir, par la pensée, se représenter la situation respective des organes comprimés, perforés ou corrodés par la tumeur artérielle.

2° *Aorte pectorale descendante.* Cette seconde portion, qui commence au moment où l'artère, après avoir fourni la sous-clavière gauche, se recourbe de nouveau

pour descendre vers l'abdomen, se trouve à la partie postérieure de la poitrine, de telle sorte que la crosse a une direction oblique de droite à gauche et d'avant en arrière, et que sa naissance seule est très voisine du sternum. Presque immédiatement après son origine, l'aorte pectorale descendante passe derrière la bronche gauche, qu'elle croise, et descend le long du côté gauche des vertèbres, en se rapprochant un peu de la ligne médiane à mesure qu'elle devient plus inférieure. Dans ce trajet, elle a, *en avant*, d'abord la bronche gauche qu'elle a contournée, puis le péricarde ; *en arrière*, la partie gauche du corps des vertèbres ; *à droite*, l'œsophage et le canal thoracique, et plus loin la veine azygos ; *à gauche*, la plèvre et le bord postérieur du poumon gauche. Cette situation est, comme on le voit, favorable : 1° à la formation d'une tumeur au côté gauche de la colonne vertébrale et à la destruction du corps des vertèbres et de la tête des côtes ; 2° à la compression du poumon gauche et à la rupture de l'anévrysme dans la plèvre ; 3° à la compression de l'œsophage dans le cas où la tumeur s'étendrait à droite ; et 4° enfin à la communication de l'anévrysme avec le péricarde.

3° *Aorte ventrale.* Elle commence entre les deux piliers du diaphragme, lieu où elle pénètre dans l'abdomen, et, suivant le corps des vertèbres en devenant médiane, elle va se terminer en se bifurquant au niveau de la quatrième ou de la cinquième vertèbre lombaire. Dans ce trajet elle est en rapport, en *avant et à gauche*, avec le péritoine, l'estomac et l'intestin grêle ; en arrière avec la partie antérieure du corps des vertèbres, et à droite avec la veine cave inférieure, mais non d'une manière aussi intime dans toute son étendue. En haut, en effet, les deux vaisseaux ne font que marcher côte à côte, tandis qu'en bas l'artère passe sur la veine au niveau de la bifurcation. Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette disposition pour voir : 1° que le tube digestif doit éprouver l'influence des tumeurs développées en avant et à gauche, bien que leur mobilité ne les y rende pas aussi sensibles que les autres organes ; 2° que la compression de la veine cave inférieure doit être la conséquence des anévrysmes développés à droite, et même en arrière si le siége de la maladie est très inférieur, et que l'anévrysme variqueux est encore possible, surtout dans ce dernier point ; 3° que l'usure des vertèbres peut être encore le résultat de l'anévrysme de la partie postérieure, mais qu'une tumeur dans la région lombaire doit se former difficilement, à moins de circonstances particulières.

Dans la description des diverses espèces d'anévrysmes, j'aurai maintes fois à faire remarquer l'utilité de ces considérations pour l'explication des symptômes. Je me borne ici à remarquer que c'est par elles qu'on s'est rendu compte, dans plusieurs cas, de la dyspnée, de la dysphagie, de la stase sanguine, de l'œdème, des vomissements, des troubles intestinaux, et même de la paralysie des membres inférieurs.

Passons maintenant aux affections de l'aorte, en commençant par son inflammation.

ARTICLE II.

AORTITE AIGUE.

Malgré les recherches faites par un assez grand nombre d'auteurs depuis Mor-

gagni, l'aortite aiguë est une des affections les plus obscures du cadre nosologique. Les descriptions qui ont été données dans les divers *traités de médecine* ne sont point fondées pour la plupart sur des faits bien concluants, ni même sur des faits identiques, d'où il résulte que chacun ayant observé des affections différentes, les signes qui, d'après ces descriptions, caractérisent la maladie, sont extrêmement dissemblables. D'un autre côté, on a presque toujours, sous le nom d'*inflammation*, décrit toutes les altérations qui se rencontrent dans le vaisseau, et il suffit de signaler ce fait pour montrer quelle confusion règne nécessairement dans l'histoire de l'aortite, puisqu'il est prouvé aujourd'hui qu'un grand nombre de ces altérations appartiennent aux progrès de l'âge.

Quoique les éléments de la description qui va suivre soient peu nombreux, je crois cependant qu'il est utile de séparer l'*aortite aiguë* de toutes les lésions qui se montrent à l'état chronique, ne fût-ce que pour tracer un cadre qui sera par la suite plus facilement rempli par l'observation.

Fréquence. Si l'on ne regarde point comme des cas d'aortite aiguë ceux où l'on a trouvé des ulcérations, des incrustations, etc., on voit bientôt que cette affection est *très rare.* Peut-être cependant l'est-elle un peu moins qu'on ne pourrait le supposer au premier abord; car, étant difficile à diagnostiquer, et les médecins n'en connaissant pas très bien les symptômes, il est permis de croire qu'on en a laissé passer souvent des cas inaperçus.

Causes. Nous ne savons rien de bien positif sur les causes de cette maladie. Suivant Pierre et Joseph Frank (1), l'inflammation aiguë de tout le système artériel est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et les principales causes occasionnelles sont les *affections morales*, une *course précipitée* et la *suppression de la transpiration.* Mais il suffit de dire que, pour ces deux auteurs, une simple rougeur de l'aorte pouvait caractériser une artérite aiguë, et l'on sait que les recherches récentes ont démontré le peu de fondement de cette manière de voir, déjà attaquée par Hodgson. Dans les cas observés par M. Bizot (2), ainsi que dans ceux qui ont été publiés par le docteur Thierfelder (3), sauf un seul, où la maladie s'est produite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il a été impossible de découvrir les causes de la maladie.

Symptômes. Suivant J. Frank, les symptômes de l'inflammation du système artériel tout entier, et principalement de l'aorte, seraient extrêmement nombreux; il en cite, en effet, qui ont leur siége dans toutes les parties du corps. Mais : 1° il trace à la fois la description de l'inflammation aiguë et de l'inflammation chronique; et 2° il regarde comme des cas d'inflammation des artères, les maladies les plus diverses dans lesquelles le système artériel a présenté à l'autopsie quelque altération. Il est donc absolument impossible de découvrir la vérité au milieu de cette confusion. Bertin et M. Bouillaud (4) n'ont trouvé qu'un seul symptôme qui pût être rapporté à l'aortite aiguë : ce sont des *pulsations violentes* dans le trajet du vaisseau. Mais M. Bizot a fait remarquer : premièrement, que, dans le plus grand nombre des observations citées par ces auteurs, il n'est fait mention ni du pouls ni

(1) *Traité de méd. prat.* de P. Frank. Paris, 1842, t. I, p. 487.
(2) *Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, t. I.
(3) *Ammon's Monatschrift*, april 1840.
(4) *Traité des maladies du cœur.* Paris, 1824, p. 66.

des battements du cœur et de l'aorte; et, en second lieu, que, dans presque tous les cas, il n'existait autre chose dans le vaisseau qu'une simple altération de couleur. Quant à lui, il a rencontré trois cas qu'il a cru devoir rapporter à l'aortite aiguë, et dont voici l'analyse :

Les sujets de ces observations étaient des jeunes gens qui, sans symptômes du côté du cœur ni des autres principaux organes, présentèrent un *œdème* d'abord fixé aux jambes, puis général, avec un *mouvememt fébrile intense*, de l'*agitation*, une *très grande faiblesse*, *sans douleur* notable, *sans altération de l'intelligence*, et qui finirent par succomber sans qu'on eût découvert, par l'exploration, de causes organiques capables d'expliquer la mort. A l'autopsie, M. Bizot trouva sur la membrane interne de l'aorte, et dans une étendue considérable, une couche mince de substance albumineuse et rosée. De l'examen de ces faits, l'auteur a conclu que l'affection dont il s'agit est caractérisée pendant la vie par un œdème général, avec un état fébrile plus ou moins intense, et après la mort par cette exsudation albumineuse. Il n'admet pas, comme les autres auteurs, que ce que l'on a appelé abcès, ulcérations, incrustations de l'aorte, puisse appartenir à l'inflammation aiguë, et nous verrons en effet, plus loin, que l'étude attentive des faits est toute en faveur de sa manière de voir.

Les observations de M. Thierfelder se rapprochent de celles de M. Bizot par certains points et s'en éloignent par d'autres. Sur trois sujets qu'il a observés, deux ont présenté d'une manière remarquable l'œdème général signalé par M. Bizot, symptôme qui n'est pas indiqué chez le troisième; l'état fébrile a été notable chez tous les trois, et dans les deux cas où la mort est survenue, on a trouvé sur la surface interne de l'aorte l'exsudation albumineuse. Mais M. Thierfelder a observé, de plus que M. Bizot, une *toux* très fréquente et *très dure*, à laquelle il attache beaucoup d'importance; une *dyspnée* plus ou moins considérable, et soit une *chaleur de la poitrine*, soit une *douleur sous-sternale*, augmentée par les pulsations de l'aorte. Peut-être, dans ces cas, la toux tenait-elle simplement à une complication de bronchite, et la douleur à la plus grande profondeur de l'inflammation dans les parois du vaisseau. Quoi qu'il en soit, l'existence des principaux symptômes signalés par M. Bizot a été constatée dans les faits recueillis par M. Thierfelder.

Lésions anatomiques. L'étendue de la lésion peut varier beaucoup, suivant les cas. M. Bizot a vu quelquefois l'exsudation albumineuse dont l'existence avait été constatée par Hodgson dans un cas remarquable, bornée à un espace très limité, n'ayant produit aucun symptôme pendant la vie, et se transformant, après un temps plus ou moins long, en une couche cartilagineuse mince, dont la situation au-dessus de la membrane interne de l'aorte est facile à distinguer avec un peu d'attention. Dans d'autres cas, au contraire, la couche de lymphe plastique occupait toute l'étendue du vaisseau.

On a cité encore comme des lésions appartenant à l'aortite aiguë, l'épaississement, le ramollissement de la membrane interne, avec une coloration rouge plus ou moins foncée. Lorsque l'épaississement et le ramollissement se montrent, comme dans les cas cités par M. Thierfelder, on ne peut guère douter de l'existence de l'inflammation ; mais si la rougeur se montre seule, il n'en est plus de même: les expériences de Laënnec, de MM. Andral, Rigot et Trousseau, et les recherches de

M. Louis, prouvent, en effet, que la simple rougeur des artères est presque toujours un effet cadavérique.

Traitement. On a très peu fait pour le *traitement* de cette affection obscure. Des *saignées*, des applications de *sangsues*, les *diurétiques*, la *digitale*, les *opiacés* pour calmer l'agitation, ont été mis en usage dans les cas observés par M. Bizot, mais sans succès ; toutefois, dans un de ceux qu'a rapportés M. Thierfelder, les symptômes précédemment décrits se sont graduellement dissipés sous l'influence de ces moyens. Je me bornerai à dire d'une manière générale qu'on devra appliquer à cette affection le traitement indiqué dans l'article consacré à la *cardite* (1).

ARTICLE III.

AORTITE CHRONIQUE.

De l'aveu de tous les auteurs, rien n'est plus difficile que d'indiquer les signes de cette affection. Quelques uns cependant, et en particulier M. Bouillaud (2), ont cherché à les décrire ; mais on s'aperçoit bientôt qu'ils ont eu en vue les altérations à marche chronique, telles que les *ossifications*, les *dépôts de matière athéromateuse*, etc., qui se rencontrent assez fréquemment dans les parois de l'artère. Or : 1° il est bien loin d'être démontré, au moins dans un très grand nombre de cas, que ces lésions soient dues à l'inflammation ; et 2° en admettant qu'il en soit ainsi pour un certain nombre, il n'est point prouvé que ces altérations ne soient pas tout simplement la trace matérielle d'une inflammation aiguë, lésion qui ensuite prend de l'accroissement sous l'influence d'un travail non inflammatoire et purement organique.

Voici, du reste, quels sont les signes indiqués par M. Bouillaud : *dyspnée* au moindre mouvement, *palpitations*, *symptômes de l'hypertrophie*, *teint jaune-paille*, sans maladie chronique d'un autre organe et sans rétrécissement des orifices du cœur.

Ces signes, comme on le voit, sont très vagues ; ils ne caractérisent nullement une maladie particulière, et l'on peut dire que si, en effet, il existe une aortite chronique, elle se développe d'une manière sourde, très lente, et inappréciable, au moins dans l'état actuel de la science, à nos moyens d'exploration. Or la description d'une affection semblable ne doit pas occuper une plus grande place dans un ouvrage pratique.

ARTICLE IV.

ALTÉRATIONS CHRONIQUES DE L'AORTE.

Plaques cartilagineuses. Nous avons vu plus haut que, dans les cas d'aortite aiguë observés par M. Bizot, il se produisait une couche de matière transparente et rosée à la surface de la membrane interne de l'aorte. Cet auteur, poursuivant sur ce point ses importantes recherches, a vu que cette matière devenait plus tard solide, et formait sur la membrane interne des *plaques cartilagineuses* plus ou

(1) Voy. t. I, art. CARDITE.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. AORTE.

moins étendues. Ces plaques, plus épaisses au centre qu'à la circonférence, peuvent exister en très grand nombre sur toute la surface de l'artère. On ne saurait évidemment les rapporter à une inflammation chronique, puisque à l'époque où elles prennent les caractères du cartilage, l'inflammation est déjà dissipée.

Ramollissement ulcéreux; dépôts athéromateux; ossifications. Il est d'autres lésions dont l'origine inflammatoire est bien loin d'être aussi évidente. Ces lésions sont les *ulcères* ou *ramollissements ulcéreux*; les amas de *matière athéromateuse*, et les *ossifications*, dont on constate si souvent l'existence. M. Bizot, étudiant avec le plus grand soin, et avec sa sagacité ordinaire, ces diverses lésions, les a toutes rattachées à une origine commune. Il a vu, dans un âge peu avancé, rarement toutefois avant quatorze ans, se former dans l'intérieur de l'artère de *petites taches d'un blanc jaunâtre*, de l'étendue d'un grain de poussière ou de sable, non saillantes, isolées ou réunies en groupe, et formant par leur assemblage une surface dont la couleur est plus blanchâtre ou plus jaunâtre que la surface interne de l'aorte. Au niveau de ces points, et à leur pourtour, il a trouvé la membrane interne de l'artère parfaitement transparente, sans épaississement, sans injection et sans altération de sa consistance. Quand il enlevait des lambeaux de la membrane interne, il entraînait les petits points jaunâtres, qui par conséquent adhèrent, quoique faiblement, à la face externe de cette membrane. Toutefois il a reconnu que ce n'est pas aux dépens de la membrane interne elle-même qu'ils se forment, car, en la détachant dans un point où les petites taches couvrent une surface un peu étendue, il en a vu une partie suivre les lambeaux, et l'autre rester adhérente à la membrane moyenne. Il suit de là que ces points jaunes, auxquels M. Bizot donne le nom de *taches rudimentaires*, se développent d'abord dans le tissu fin qui unit les deux membranes entre elles. Plus tard, ces petites taches adhèrent exclusivement à la membrane moyenne, et prennent de l'accroissement. C'est de ces premières altérations que M. Bizot fait ensuite dériver la plupart des autres lésions, qu'on regardait avant lui comme ayant une origine différente. Disons d'abord un mot du *ramollissement ulcéreux*, décrit par plusieurs auteurs sous le nom d'*abcès de l'aorte.*

Chez quelques sujets, et M. Andral en a cité un exemple remarquable (1), on trouve sur la surface interne de l'aorte un plus ou moins grand nombre de *petites tumeurs* qui cèdent sous le doigt; la pression détermine, dans leur intérieur, le mouvement d'une matière demi-fluide, et si, comme l'a fait M. Bizot, on les comprime un peu fortement, on rompt la membrane interne, et la matière contenue dans le foyer s'échappe aussitôt. Cette matière a divers aspects : quelquefois elle a la couleur et la consistance du pus de bonne nature; d'autres fois elle est farineuse, sèche ou humide, mais conservant toujours sa couleur jaunâtre; enfin M. Bizot l'a vue composée d'un grand nombre de petites paillettes très ténues, resplendissantes, les unes argentines et blanchâtres, les autres jaunâtres et ressemblant assez à de la poudre d'or.

A une époque plus avancée, il se produit dans ces petits foyers des transformations différentes : tantôt la membrane interne se rompt, la matière s'écoule, et il se forme un petit *ulcère* à bords légèrement saillants, que quelques auteurs, et en

(1) *Précis d'anat. pathol.* Paris, 1829, t. II, p. 379.

particulier Meckel (1) et Hodgson (2), ont regardé comme de véritables ulcérations produites par une inflammation violente.

Dans d'autres cas, le liquide ou la matière demi-fluide qui existe entre la membrane interne et la membrane moyenne, se concrète et forme ces amas de matière athéromateuse signalés par tous les observateurs. D'autres fois enfin les taches primitives éprouvent la *transformation osseuse*, et forment ces plaques rugueuses qui hérissent la surface interne de l'artère, dont elles occupent parfois toute l'étendue.

Cette succession dans les diverses transformations de l'aorte semble annoncer déjà qu'elles ne sont pas dues, au moins dans un grand nombre de cas, à une inflammation; mais d'autres considérations présentées par M. Bizot viennent mettre bien mieux encore ce fait hors de doute. Ce n'est pas, en effet, d'une manière irrégulière, et comme au hasard, que se développent ces taches et ces diverses dégénérescences qui leur succèdent; à leur apparition, et chez les sujets encore jeunes, elles se montrent dans des points particuliers : à la partie postérieure de l'aorte et au pourtour des orifices des artères qui en partent. Dans un âge plus avancé, on voit que, dans ces mêmes points, les taches ont fait des progrès, se sont agrandies, et sont devenues le siége des diverses transformations que je viens d'indiquer; mais, en outre, d'autres ont apparu à leur tour sur la partie antérieure de l'aorte et dans des points qu'elles avaient d'abord respectés : celles-ci sont encore rudimentaires; enfin, plus tard, ces dernières ont fait des progrès comme les précédentes, et le pourtour de l'aorte est envahi par des dégénérescences athéromateuses et osseuses. C'est là un développement régulier qui prouve que les progrès de l'âge ont une grande influence sur la production de ces diverses lésions. J'ajouterai que, comme pour les lésions de la membrane externe du cœur, on peut concevoir qu'une inflammation produise les mêmes effets, et c'est ce qui explique comment, chez des sujets jeunes encore, mais affectés de maladies graves du cœur et de l'aorte, on trouve ces transformations à un degré plus avancé que chez les vieillards.

Quels sont maintenant les signes auxquels on peut reconnaître ces lésions? C'est là une question à laquelle il est bien difficile de répondre. Lorsqu'il n'existe que de petits foyers soulevant la membrane interne, ou de simples érosions superficielles, il est très probable qu'il n'y a aucun signe physique. Dans les cas, au contraire, où la face interne de l'artère est rendue très rugueuse par la déposition de la matière cartilagineuse ou osseuse, on entend un bruit de souffle qui existe principalement au moment de la dilatation artérielle, et qui suit le trajet du vaisseau.

Quant à d'autres symptômes, il n'en existe pas de plus précis que ceux qui ont été signalés par M. Bouillaud, et que j'ai précédemment indiqués. Lorsqu'une autre lésion de l'aorte, comme la *dilatation*, l'*anévrysme*, vient se joindre à ces altérations, elles donnent lieu aux signes particuliers qui les caractérisent, et dont il sera question plus loin.

On voit que ces altérations anatomiques ne présentent qu'une importance très faible quand on les considère sous le point de vue de la pratique. Cependant elles méritent l'attention du médecin, sous un rapport. Les concrétions cartilagineuses et osseuses, en enlevant au vaisseau son élasticité, l'empêchent de réagir sur la colonne

(1) *Mém. de l'Acad. des sciences de Berlin.*
(2) *Traité des mal. des artères et des veines.* Paris, 1819, 2 vol. in-8.

sanguine qui le dilate, et deviennent ainsi la cause de ces dilatations quelquefois énormes dont l'aorte est le siége. C'est là une considération étiologique qui n'est pas sans intérêt.

Faut-il parler du *traitement* de ces diverses lésions? Ce serait évidemment vouloir nous livrer à des considérations purement théoriques et sans application utile. Disons seulement que les divers moyens palliatifs mis en usage dans les principales maladies organiques du cœur doivent trouver leur place dans ce traitement.

ARTICLE V.

ANÉVRYSME DE L'AORTE; DIVISION.

L'anévrysme de l'aorte a fait le sujet de très nombreuses recherches; mais ce n'est que depuis les travaux d'anatomie pathologique qu'on a bien reconnu l'existence de cette affection. Morgagni est un des premiers qui ait insisté sur les cas bien évidents qui se sont présentés à son observation, et sur ceux que quelques autres médecins de son époque ont recueillis. Depuis lors, Corvisart, Scarpa (1), Kreysig, Bertin et M. Bouillaud, Laënnec, Hope, etc., ont publié sur ce sujet des travaux importants, et un nombre assez considérable d'observations se trouvent disséminées dans les divers recueils. On en trouvera surtout beaucoup dans les derniers volumes des *Archives*, où elles ont été très bien résumées et appréciées. Pour éclairer l'histoire de cette grave affection, j'ai cru devoir rassembler et analyser avec soin trente-cinq observations puisées aux meilleures sources; c'est en réunissant les résultats de leur analyse aux recherches des principaux auteurs, que je vais présenter la description de l'anévrysme de l'aorte.

On a divisé cette affection en plusieurs espèces, d'après des considérations purement anatomiques. Hope admet les divisions suivantes : 1° *Dilatation*, ou augmentation de l'étendue de toute la circonférence de l'artère. 2° *Anévrysme vrai*, ou dilatation en forme de sac d'une seule portion de la circonférence. 3° *Anévrysme faux*, formé par l'ulcération ou la rupture de la membrane interne et moyenne, et l'extension de l'externe en forme de sac. On lui donne le nom de *primitif*, lorsque toutes les membranes sont divisées comme par une incision, et de *consécutif*, lorsqu'il est la conséquence d'une ulcération ou de la rupture des membranes internes et moyennes. 4° *Anévrysme mixte*, qui est la superposition d'un anévrysme faux à un anévrysme vrai, c'est-à-dire qu'après la dilatation partielle ou générale des trois tuniques, l'interne et la moyenne se rompent, et l'externe seule s'étend en forme de sac surmontant la dilatation primitive ou anévrysme vrai. Cette division est complète; elle est assez généralement adoptée; toutefois quelques auteurs y ont introduit une sous-division, et ont admis, outre l'anévrysme mixte externe, qui est celui que je viens d'indiquer, un anévrysme mixte interne formé par la rupture ou l'érosion des membranes moyenne et externe, après leur distension, et par la hernie de la membrane interne, qui forme ainsi un sac anévrysmal. Je dirai quelques mots plus loin de cette dernière espèce, sur laquelle s'élèvent des doutes sérieux.

Quant à la division générale que je viens de présenter, elle n'a point une impor-

(1) *Sull' aneuris.; rifless. ed osserv. anat.-chir.* Pavia, 1804.

tance extrême sous le point de vue pathologique et thérapeutique. Il est seulement utile de distinguer avec quelque soin la dilatation simple de l'anévrysme par la formation d'un sac, car plusieurs symptômes et la gravité de la maladie diffèrent dans ces deux espèces. Au reste, je dois dire qu'après avoir distingué avec beaucoup de soin ces diverses espèces, sous le rapport de l'anatomie pathologique, les auteurs les ont presque complétement négligées dans la description des symptômes et dans l'exposition du traitement. Pour moi, je rechercherai au contraire, dans l'article qui va suivre, s'il existe réellement des moyens propres à les faire distinguer pendant la vie, au moins à une certaine époque de l'affection.

En outre, je consacrerai un article particulier à une espèce qui n'a point fixé suffisamment l'attention des auteurs, et qui cependant diffère, sous plusieurs rapports, de toutes les autres : c'est l'*anévrysme variqueux*, dû à la communication de l'aorte avec l'artère pulmonaire, les cavités droites du cœur, ou une grosse veine. Enfin, pour apporter plus de méthode dans la description, je crois devoir décrire séparément les anévrysmes de la *portion ascendante* de l'aorte pectorale, qui sont de beaucoup les plus fréquents ; ceux de la *portion descendante*, et ceux de *l'aorte abdominale.*

ARTICLE VI.

ANÉVRYSMES DE LA PORTION ASCENDANTE DE L'AORTE PECTORALE (1).

Ce sont ceux qui ont été étudiés avec le plus de soin, sans doute parce qu'ils donnent lieu à des symptômes plus faciles à distinguer que les autres, et aussi parce qu'ils se sont offerts le plus souvent à l'observation. D'après les recherches de M. Thurnam, le *siége* ordinaire des anévrysmes, dans la portion ascendante de l'aorte, se trouve dans les sinus de Valsalva et vers la crosse. Les autres observateurs avaient dès longtemps reconnu la vérité de ce fait ; cependant il y a des exceptions remarquables à cette règle, et je citerai entre autres un cas observé par M. Louis, dans lequel le siége de l'anévrysme se trouvait immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après l'explication dans laquelle je suis entré plus haut, on voit qu'il est assez difficile de donner une *définition* générale de l'anévrysme de l'aorte. Dans son acception la plus large, ce mot doit s'appliquer à *toute dilatation notable du vaisseau, avec ou sans rupture de ses membranes.* L'anévrysme variqueux, dans quelques cas, ne saurait entrer dans cette définition, et c'est une raison de plus pour lui donner une place à part.

L'anévrysme de l'aorte ascendante, en particulier, est celui qui occupe une partie du vaisseau comprise entre son origine et le point où, après avoir fourni l'artère sous-clavière gauche, il descend dans la profondeur de la poitrine.

Cet anévrysme *n'est point* une maladie *très fréquente*, si on l'envisage d'une manière absolue ; mais si on le compare aux autres anévrysmes des artères internes, on reconnaît que sa fréquence relative est considérable. Si, en effet, nous recher-

(1) Pour éviter les divisions trop multipliées, je comprends sous ce titre la portion ascendante proprement dite et la crosse.

chons la proportion des anévrysmes de l'aorte ascendante dans les observations que j'ai réunies, nous trouvons, sur 27 cas dans lesquels l'autopsie a été pratiquée, et qui indiquent le lieu précis où siégeait l'anévrysme, 17 fois cette lésion dans la portion ascendante ou dans la crosse; en sorte que, d'après ces faits, auxquels il serait utile qu'on en joignît un plus grand nombre, l'anévrysme siége aux points qui viennent d'être indiqués, presque dans les deux tiers des cas.

§ II. — Causes.

Les causes des diverses espèces d'anévrysmes de l'aorte ne présentent pas des différences assez grandes pour qu'il soit nécessaire de les étudier séparément. Je vais donc en faire une exposition générale. J'indiquerai seulement, chemin faisant, à quelle espèce appartiennent plus particulièrement les causes traumatiques.

1° Causes prédisposantes.

On ne trouve que peu de renseignements satisfaisants dans les auteurs sur les causes prédisposantes de l'anévrysme; des recherches exactes n'ont point été faites sur l'influence de l'*hygiène*, de la *constitution*, des *professions*, etc.; aussi n'est-ce qu'indirectement qu'on peut arriver à quelque présomption sur l'action de ces causes. Déjà Hodgson (1) avait noté que sur 63 cas, la maladie s'était présentée 56 fois chez les hommes, et 7 fois seulement chez les femmes. Dans les cas que j'ai rassemblés, on trouve la proportion suivante : sur 29 cas, 25 hommes et 4 femmes. Ces résultats ne diffèrent pas sensiblement, et prouvent que l'influence du sexe masculin est extrêmement notable. On pourrait donc déjà en conclure que des *exercices violents*, les *excès de régime*, l'*abus des liqueurs alcooliques*, auxquels se livrent plus particulièrement les hommes, sont des causes prédisposantes assez efficaces.

On arrive au même résultat par d'autres considérations. Quoique Lassus ait prétendu le contraire, il est démontré, par les observations de M. Bizot et par les recherches inédites de M. Louis, que les altérations des parois artérielles sont aussi fréquentes chez la femme que chez l'homme. Or, comme l'existence de ces altérations est une condition favorable au développement des anévrysmes, il en résulte qu'on devrait, si le genre de vie n'avait pas une grande influence, trouver l'anévrysme aussi fréquemment chez le sexe féminin que chez le sexe masculin, et l'on vient de voir qu'il n'en est rien. Les conditions hygiéniques ont donc une influence évidente sur la production de cette maladie.

On a encore rangé parmi les causes prédisposantes : l'*hypertrophie active* du cœur, dans laquelle le sang, étant poussé avec violence dans l'artère, tend incessamment à la dilater; les *mouvements violents* et répétés; les *grands efforts musculaires* ou *respiratoires;* en un mot, tout ce qui accélère considérablement la respiration. Tout porte à croire, en effet, que ces causes ont une grande puissance; mais, pour en établir toute l'influence, il faudrait se livrer à de nouvelles recherches.

Enfin, il existe dans l'aorte elle-même certaines conditions organiques qui favorisent le développement de l'anévrysme. M. Bizot, ayant remarqué que, dans les

(1) *Traité des mal. des artères et des veines.*

cas de dilatation considérable sans tumeur anévrysmale proprement dite, les membranes internes et moyennes présentaient des plaques cartilagineuses et osseuses en très grande quantité, en a tiré cette conséquence naturelle, que le défaut d'élasticité des parois de l'aorte et l'impossibilité de revenir sur elles-mêmes après leur dilatation étaient la cause incessante de la dilatation dont il s'agit. Hodgson avait déjà fait la même remarque, et, dans les faits de dilatation que j'ai sous les yeux, l'état du vaisseau était tel qu'il vient d'être indiqué. La conclusion de ce qui précède est fort simple : l'altération des parois artérielles, en l'absence des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les hommes, n'est pas ordinairement suffisante pour produire l'anévrysme vrai, et réciproquement.

On ne trouve pas de considérations semblables pour expliquer le développement de l'*anévrysme partiel* vrai, mais aussi nous verrons que l'existence de cet anévrysme, porté du moins à un assez haut degré, présente des doutes sérieux.

Enfin, les destructions partielles de la membrane interne et moyenne, dues aux altérations décrites plus haut, sont les conditions organiques qui, jointes aux conditions hygiéniques déjà mentionnées, préparent le plus souvent, si ce n'est toujours, la formation de l'*anévrysme faux*. Lorsque ces membranes, et surtout la moyenne, qui est sans contredit la plus forte, la plus résistante et la plus élastique, sont détruites plus ou moins complétement, l'effort latéral du sang se fait sentir sur la portion du vaisseau affaiblie, et détermine la formation du sac anévrysmal.

Corvisart ayant trouvé, dans deux cas, de *petites tumeurs* siégeant sur l'aorte pleines d'une matière semblable au caillot fibrineux des anévrysmes, et séparées de l'intérieur du vaisseau par une membrane semblable à la membrane interne, avait pensé que, dans ces cas, la destruction des parois de l'aorte ayant eu lieu de dehors en dedans, n'avait respecté que cette dernière membrane; et il en avait conclu que l'anévrysme faux pouvait se former de cette manière, car, dit-il, si la membrane interne avait, par suite des progrès de la maladie, été elle-même perforée, le sac anévrysmal se serait ainsi trouvé formé. Mais les recherches récentes, et surtout celles de M. Bizot, ont prouvé que Corvisart avait été trompé par les apparences. On a vu, en effet, que rien n'était plus rapide, en pareil cas, que la formation d'une fausse membrane simulant parfaitement la membrane interne de l'artère. M. Bizot en a décrit un exemple remarquable. Chez les sujets observés par Corvisart, l'ouverture anévrysmale, après avoir été produite comme dans les cas ordinaires, et après la formation de caillots fibrineux, avait été oblitérée par une de ces fausses membranes qui en avait imposé à l'observateur.

La proximité où se trouve l'aorte ascendante de l'organe qui lance le sang dans son intérieur, l'effort direct qu'elle en éprouve, l'existence des sinus aortiques, la courbure de l'aorte, sont autant de circonstances qu'on doit naturellement regarder comme favorisant le développement des anévrysmes, et l'observation, ainsi qu'on l'a vu, vient confirmer cette manière de voir, puisque cette partie du vaisseau est beaucoup plus fréquemment que toutes les autres le siége de cette lésion.

Enfin, il est une lésion qui favorise tout spécialement la dilatation générale de l'aorte : c'est le rétrécissement ou l'oblitération de ce vaisseau dans un point plus ou moins éloigné de son origine. La partie située en deçà de ce point présente alors un calibre souvent très considérable, ainsi que nous le verrons plus loin, quand j'exposerai l'histoire de ces oblitérations.

2° Causes occasionnelles.

Il est impossible, dans un grand nombre des observations particulières, de saisir les causes qui ont pu déterminer la formation de l'anévrysme. Dans 34 cas que j'ai rassemblés, je n'en trouve que 11 qui nous donnent quelques renseignements à cet égard ; en voici le relevé : dans 10 cas d'anévrysme faux de l'aorte ascendante; nous trouvons trois fois des violences extérieures : un *coup sur la poitrine*, une *chute de cheval*, le *passage d'une roue de voiture sur le thorax*. Chez un autre sujet, les premiers signes évidents de l'anévrysme se sont produits au moment d'un *mouvement brusque*. Et enfin, chez d'autres, un *effort violent* pour soulever un fardeau ou éviter une chute, a été immédiatement ou presque immédiatement suivi des premiers symptômes. Un sujet se plaignit d'avoir des *rhumes fréquents*, et peut-être sera-t-on tenté d'attribuer aux efforts de la toux le même effet qu'aux efforts musculaires dont il vient d'être question; toutefois les symptômes ne se sont pas manifestés brusquement, comme dans les cas précédents.

Telles sont les seules données que nous ayons sur ce point d'étiologie. Un douzième sujet attribuait, il est vrai, sa maladie à la *fatigue* et aux *chagrins*, mais ce fait isolé n'a point une grande importance.

Lorsqu'on voit, immédiatement après une chute ou une violence extérieure, apparaître les battements de l'aorte, une tumeur dans la poitrine, etc., on ne peut pas douter que ces causes n'aient donné lieu à la formation d'un sac anévrysmal ; mais on se demande si déjà il n'existait point un commencement d'anévrysme, et si la cause traumatique a fait autre chose que lui donner une brusque extension, en produisant la rupture de la membrane moyenne dilatée, ramollie, en partie détruite. Or c'est ce qui ne paraît pas douteux dans un certain nombre de cas où déjà, depuis longtemps, les sujets étaient d'une faible santé, avaient des palpitations, de la dyspnée, se fatiguaient facilement, étaient sujets à des congestions sanguines, etc. Chez d'autres, au contraire, tels que celui qui éprouva les premiers symptômes de la maladie après avoir eu la poitrine comprimée sous une roue de voiture, la santé avait été bonne jusqu'au moment de l'accident, et l'on est disposé à admettre, dans ce cas, l'existence d'un véritable anévrysme traumatique.

§ III. — Symptômes.

1° Dilatation de l'aorte ascendante.

Il importe de rechercher si la dilatation simple présente quelques symptômes particuliers qui puissent la faire distinguer des autres espèces d'anévrysmes. Or on ne trouve à ce sujet, dans les auteurs, que des renseignements très vagues et très incomplets. On s'est borné à dire qu'en pareil cas la circulation n'était pas troublée, et que la lésion n'occasionnait d'accidents que par son volume et par la compression qu'elle exerçait sur les organes voisins. Dans deux cas de dilatation simple (1), où les symptômes ont été décrits d'une manière assez complète, voici les seuls signes que j'aie trouvés : la maladie durait depuis longtemps; il existait dans le trajet de l'aorte un bruit de souffle au premier temps dans un cas, et un

(1) L'un d'eux m'a été communiqué par M. Cossy, interne très distingué des hôpitaux, qui l'a recueilli dans le service de M. Louis.

frémissement cataire aux deux temps dans l'autre. Ce dernier bruit avait son maximum dans le troisième espace intercostal droit, à côté du sternum. On voyait chez ce sujet un soulèvement marqué de la poitrine à chaque diastole artérielle, dans le point qui vient d'être indiqué, ainsi que dans les creux post-claviculaires. Le pouls était plus faible à gauche qu'à droite. Il y avait chez l'autre malade une dyspnée considérable; la face était violette, et l'on observait les signes d'une asphyxie lente. Ce dernier eut, à plusieurs reprises, une expectoration de crachats sanguinolents, et cependant le pouls était régulier, sans accélération, et conservait sa force normale.

Les signes précédents doivent-ils être considérés comme appartenant en propre à la dilatation simple? Non, sans doute, car nous les retrouverons dans les autres espèces. Toutefois il était bon de les signaler, car, joints à l'absence de toute tumeur, ils peuvent servir à faire diagnostiquer cette espèce d'anévrysme, moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celles dont il me reste à parler. Il serait bien à désirer que des recherches méthodiques, faites dans le but de caractériser les diverses espèces d'anévrysmes, vinssent nous éclairer sur un point aussi important.

Sac anévrysmal. Nous avons vu plus haut qu'on avait divisé les anévrysmes avec dilatation latérale, en vrais, en faux et en mixtes. Serait-il possible, d'après les symptômes, de découvrir, pendant la vie, quelle est l'espèce de l'anévrysme soumis à l'observation? Nous verrons à l'article *Lésions anatomiques*, que l'anévrysme vrai n'a jamais qu'une très petite étendue, et que, le plus souvent, il ne peut donner lieu à aucun signe. Dans quelques cas, il est vrai, on a admis l'existence de cet anévrysme, quoique le sac anévrysmal fût considérable; mais nous avons vu plus haut combien de doutes s'élèvent sur ce fait. Voici, au reste, ce que l'on trouve dans une observation rapportée par M. Bouillaud (1) : Après avoir présenté, pendant un temps assez considérable, des palpitations au moindre mouvement, et une difficulté notable de respirer, le sujet offrit les symptômes suivants : Oppression, orthopnée; battements simples très forts, avec un bruit de souffle sous la clavicule droite; battements très forts de toutes les artères superficielles dans tout leur trajet; frémissement vibratoire à la partie antérieure de la poitrine dans les derniers jours de la maladie; pouls petit au bras gauche; dur, large, vibrant au bras droit, régulier et sans fréquence; gonflement des jugulaires avec battements isochrones à ceux du pouls; face livide, bouffie; sueur froide; infiltration des deux membres du côté gauche et du bras droit; toux, crachats visqueux, râles muqueux.

Je discuterai plus loin la question de savoir si, dans les cas de ce genre, il existe réellement ce qu'il faut entendre par le mot anévrysme vrai; notons, quant à présent, l'ensemble de ces symptômes, et voyons si nous en trouverons de différents dans l'anévrysme faux.

2° Anévrysme faux de l'aorte ascendante.

Début. Suivant que la maladie se forme tout à coup par suite d'une violence extérieure, ou qu'elle se produit graduellement, par suite des lésions des membranes de l'aorte, le début est très différent. *Dans le premier cas* (et je n'examine ici que les faits dans lesquels la maladie a été produite par une cause traumatique chez

(1) *Mém. sur le diag. de l'anévr. de l'aorte*; *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. III, p. 549.

des sujets antérieurement bien portants, du moins en apparence), il se développe dans la poitrine une douleur plus ou moins vive ; la respiration est gênée, les battements de l'artère sont pénibles, et enfin, au bout d'un certain temps, tous les signes de l'anévrysme se manifestent. Chez un sujet il survint, dès le second jour après l'accident, des troubles notables de la circulation ; chez d'autres, ce ne fut qu'au bout d'un certain temps. *Dans le second cas*, il y a, pour ainsi dire, deux temps dans le début : l'un lent et graduel, qui résulte du travail interne par lequel se produit un commencement d'anévrysme partiel ou une dilatation générale, et l'autre brusque, qui coïncide avec la formation d'une tumeur ordinairement considérable, produite par la rupture des membranes internes et moyennes, et souvent apparente en peu de temps à l'extérieur. On constate, à ce moment de la maladie, les mêmes signes que dans le début traumatique.

Symptômes. La *douleur* n'a que rarement fixé l'attention des observateurs ; elle n'est mentionnée que dans huit des cas que j'ai rassemblés, et qui la présentaient d'une manière plus ou moins notable. Une seule fois elle était bornée à la région précordiale, mais le plus souvent elle siégeait à l'épaule droite, où elle était parfois très intense. Chez quelques sujets elle consistait dans un élancement qui s'irradiait dans le côté droit du cou et de la poitrine. D'autres se plaignaient de douleurs à l'épigastre, dans l'hypochondre gauche et dans les lombes ; mais il est difficile de s'assurer si ces douleurs étaient réellement occasionnées par l'anévrysme ou si elles n'étaient que de simples complications. M. Robert Law (1) regarde comme un caractère des plus importants une douleur incessante, très aiguë, avec sensation de pesanteur et élancements. Il y a de l'exagération dans cette opinion. Dans un cas que j'ai actuellement sous les yeux l'anévrysme n'a donné lieu *pendant quatre ans*, qu'à un seul symptôme : une douleur lancinante s'irradiant dans les nerfs du cou, de l'épaule et du bras gauche, qui a été pendant longtemps *prise pour une névralgie.*

Auscultation. Les *bruits* qui se produisent dans l'intérieur de la poitrine ont été décrits avec beaucoup de soin dans les articles généraux ; mais dans les observations, ces signes importants n'ont généralement pas été indiqués d'une manière satisfaisante. D'après les auteurs, on entend sous le sternum, et suivant le trajet d'une ligne qui remonterait de la base du cœur vers l'articulation sterno-claviculaire droite, un bruit fort, éclatant, isochrone aux battements du pouls, et coïncidant avec un soulèvement étendu de la poitrine. Un bruit semblable n'a été signalé que chez six sujets, parmi ceux dont j'ai rassemblé les observations ; mais sans doute il l'aurait été plus souvent si l'auscultation avait été convenablement pratiquée. Parmi les *bruits anormaux*, le bruit de *souffle* et le *frémissement cataire* sont les plus importants à étudier. Le premier a été signalé chez six sujets, dont trois présentaient des tumeurs externes bien plus propres à faire diagnostiquer l'anévrysme de l'aorte que tout autre signe. Quant au frémissement cataire ou vibratoire, il a été mentionné dans cinq cas et ce bruit était non seulement entendu à l'aide du stéthoscope, mais encore sensible à la main. C'est vers le bord droit du sternum au-dessus de la troisième côte, que ces bruits ont leur siége principal. Dans un cas que j'ai récemment observé, il y avait un *bruit musical* entendu à une grande distance de la poitrine, et ayant lieu au second temps.

(1) *Dublin Journ. of med. sc.*, mai 1844.

Percussion. La percussion a été bien rarement pratiquée d'une manière convenable. Je ne trouve ses résultats mentionnés que cinq fois, et cependant elle a fourni des signes importants, puisque dans ces cinq cas, et notamment dans un qui a été recueilli par Hope, on a trouvé une matité complète sous le sternum, remontant vers le côté droit de la poitrine, et remarquable surtout en dehors du sternum, entre la deuxième et la troisième côte. On comprendra toute l'importance de ce signe, si l'on considère qu'il a servi à faire diagnostiquer la maladie en l'absence de toute tumeur externe. C'est donc un point sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention des observateurs.

Lorsqu'il n'existe point encore de tumeur, il importe d'examiner avec soin la force des battements ou l'*impulsion* de l'artère. Dans les observations que j'ai rassemblées, l'impulsion a été bien rarement examinée. Je ne la trouve mentionnée que dans un seul cas, où elle était forte et soulevait la poitrine au premier temps ; mais il existait en même temps une hypertrophie considérable des ventricules, et comme le soulèvement se montrait principalement au sternum et dans un point correspondant à la base du cœur, tout porte à croire que c'était à la contraction exagérée des ventricules qu'il était dû. Ainsi, dans l'état actuel de la science, lorsqu'il n'existe point de tumeur aux parois de la poitrine, on ne trouve dans la force des battements de l'artère aucun signe positif pour le diagnostic.

En même temps que ces symptômes se manifestent, on constate, dans les cas où il existe une tumeur, comme dans ceux où il ne s'en est point encore formé, l'*absence du bruit respiratoire* dans un point plus ou moins étendu du côté droit de la poitrine. Elle a ordinairement son maximum auprès du sternum et dans le troisième espace intercostal. Toutefois son siége varie suivant le lieu occupé par la poche anévrysmale. Nous verrons plus loin ce qui arrive lorsqu'il existe une compression des bronches ou de la trachée.

Tumeur externe. A une époque plus ou moins avancée de la maladie, il survient, dans un assez grand nombre de cas, une *tumeur* qui vient lever tous les doutes sur l'existence de l'anévrysme. Sur quatorze cas dans lesquels des détails suffisants ont été donnés, neuf fois la tumeur s'est produite. Elle varie beaucoup pour la grosseur. Quelquefois c'est *une simple voussure* occupant un espace compris entre la troisième et la première côte ; c'est là son premier degré. Plus souvent, au moment où on l'examine, elle se présente sous la forme d'une *élévation* circonscrite, arrondie, et sans changement de couleur à la peau. Dans les observations citées par MM. Dusol et Legroux (1), elle faisait une saillie de deux à quatre centimètres ; mais quelquefois elle acquiert des dimensions bien plus considérables. C'est ainsi que dans une observation de Rosinus Lentilius (2) elle avait acquis le volume d'une tête d'enfant, et que dans une autre, rapportée par Wagner (3), elle avait la grosseur d'une mamelle de femme.

C'est par degrés que la tumeur acquiert ce développement. Cependant, dans les cas que j'ai cités, on l'a vue, à certains intervalles, et ordinairement à la suite d'efforts considérables ou de grandes fatigues, faire tout à coup des progrès rapides qui s'arrêtaient ensuite sous l'influence du repos.

(1) *Arch. gén. de méd.*
(2) *Ephem. natur. curios.*, centuria I, ann. I, p. 188.
(3) *Miscellan. natur. curios.*, decur. 3, ann. V et VI.

Le *siége de cette tumeur*, lorsqu'elle est peu volumineuse, se trouve ordinairement au niveau du troisième ou du second espace intercostal ; elle est alors sans changement de couleur à la peau, et présente soit une fluctuation obscure, soit une assez grande dureté. Lorsqu'elle a acquis un développement considérable, elle occupe une grande étendue du côté droit de la poitrine, depuis la clavicule jusqu'au niveau de la quatrième côte. Alors elle peut être bosselée, comme j'en trouve un exemple dans les observations, et, par suite de ses progrès, la peau devient amincie, violacée, et quelquefois finit par se rompre.

A quelque époque qu'on examine la tumeur, on y trouve des *pulsations* larges, occupant toute son étendue, et visibles à l'œil. Cependant il y a des degrés assez marqués dans l'intensité de ces pulsations, ce qui dépend de la plus ou moins grande abondance des caillots solides qui se forment dans l'intérieur du sac anévrysmal. Lorsqu'elle est molle et qu'elle présente une fluctuation sensible, comme dans deux des cas cités par MM. Dusol et Legroux, elle est réductible, au moins en partie ; et si alors, comme c'est le cas ordinaire, il y a déperdition de substance dans les os qui forment la paroi thoracique, on peut sentir, en la réduisant, la mobilité de ces os, l'ouverture qui résulte de leur perforation, et parfois un peu de crépitation.

Si l'on *ausculte* la tumeur ou les parties voisines, on entend ordinairement un bruit sonore, clair, correspondant au premier temps des mouvements du cœur, et parfois aussi des bruits anormaux, tels que le *bruit de souffle*, le *bruit de rouet*, de *râpe*, un *bruit musical*, etc. Malheureusement, il n'est qu'un petit nombre d'observations qui renferment des détails suffisants à cet égard, et dans ce petit nombre, nous trouvons les bruits anormaux tantôt au premier, tantôt au second temps, et tantôt à l'un et à l'autre, sans qu'il soit possible de dire rien de précis à cet égard.

M. Barker (1) a rapporté deux cas dans lesquels, selon lui, il n'y avait ni battements ni bruits anormaux (2). Le rédacteur des *Archives générales de médecine* (3) a remarqué, avec raison, que les détails des observations ne démontrent pas que ces signes n'ont pas échappé à l'investigation, ou n'ont pas été regardés comme de trop peu d'importance.

Qu'il y ait ou non une tumeur externe, la *respiration* est plus ou moins altérée. Dans les observations que j'ai rassemblées, il n'y a qu'une seule exception à cette règle. Une *dyspnée* ordinairement violente, continue, mais offrant des exacerbations marquées, commence avec les premiers symptômes, et va ensuite en augmentant. Souvent elle est portée jusqu'à l'orthopnée, et les malades ne peuvent pas supporter le décubitus horizontal. Chez quelques sujets la respiration est sifflante, et parfois on les croirait atteints d'un accès d'asthme. Lorsque la gêne de la respiration est portée à ce point, il y a en même temps une *oppression* marquée qui se fait sentir le plus souvent dans la partie moyenne de la poitrine. C'est dans la production de ce symptôme que la compression des organes voisins joue peut-être le plus grand rôle. J'ai sous les yeux une observation qui m'a été communiquée par M. Louis, et qui, sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, offre

(1) *Lond. med. chir. Trans.*, 1845, t. XXVIII.
(2) *Arch. de méd.*, 1846, 4e série, t. XII, p. 205.
(3) Voy. numéro d'octobre 1846, p. 208.

un grand intérêt. Il s'agit d'un anévrysme ayant son siége immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes, et faisant saillie à la fois à droite et en avant, de sorte que la compression s'exerçait directement sur le tronc de l'artère pulmonaire. Dans la poche anévrysmale, qui était d'une étendue considérable, puisqu'elle avait environ 47 millimètres de profondeur et 5 centimètres de diamètre, on ne trouvait pas de caillots; d'où il résultait nécessairement que la compression devait s'exercer avec violence à chaque contraction du cœur, à chaque ampliation de l'artère dilatée, que le cours du sang dans l'artère pulmonaire était alors considérablement gêné, et que le sang devait stagner dans les poumons. Or, chez ce sujet, les accès de dyspnée, au moins vers les derniers temps de la maladie, étaient si violents et si fréquents qu'il n'avait aucun repos, était désespéré, et désirait la mort.

La *toux* est loin d'être rare dans l'anévrysme de l'aorte ascendante. La plupart des observations signalent ce symptôme, sur lequel la compression de la trachée, des bronches et du poumon a une notable influence; mais il y a de très grandes différences dans sa fréquence et dans son intensité. Chez quelques sujets elle est rare, légère et sèche; chez d'autres, au contraire, elle est fréquente, intense, douloureuse, et s'accompagne de crachats ordinairement muqueux. Dans le tiers des cas environ, les malades ont eu quelques hémoptysies peu abondantes, et consistant le plus souvent dans quelques crachats teints de sang. Lorsqu'il s'agira de la terminaison de la maladie, je dirai un mot des cas assez rares dans lesquels l'ouverture de l'anévrysme dans la trachée-artère détermine une hémorrhagie foudroyante, dont Corvisart et Hope ont cité des exemples.

L'*auscultation des voies respiratoires* ne fait entendre ordinairement qu'un peu de râle muqueux ; mais lorsque la tumeur comprime une grosse bronche, il peut arriver un phénomène qui mérite d'être signalé. On a trouvé, en pareil cas, une absence complète de la respiration, sans augmentation ni diminution de sonorité à la percussion, dans les points où allait se rendre la bronche comprimée. C'est surtout lorsqu'une compression semblable a lieu que la dyspnée a une intensité extrême; lorsqu'elle porte sur la trachée, la suffocation est complète, et le malade succombe dans un état d'asphyxie.

Si l'anévrysme *comprime un des nerfs récurrents*, il peut en résulter l'*extinction de voix*. Le docteur Banks (1) cite un cas de ce genre. Cette compression ayant déterminé l'*atrophie des muscles du larynx* du côté correspondant, le malade offrait une altération particulière de la voix; c'était une raucité avec extinction.

On a beaucoup parlé de l'état du *pouls* dans l'anévrysme de l'aorte, et dans les articles généraux on a cité comme un des signes le plus constants l'inégalité des pulsations des deux artères radiales, l'intermittence du pouls, son défaut d'isochronisme avec les battements du cœur; mais malheureusement les observations manquent trop souvent de détails sur ce point important. Dans celles que j'ai rassemblées, il n'en est que onze qui en fassent mention, et les résultats de leur analyse sont très variables. Ainsi j'ai trouvé le pouls intermittent une seule fois; faible, concentré ou imperceptible, trois fois; présentant un défaut d'isochronisme, c'est-

(1) *Dublin quarterly Journ. of med.*, août 1851.

à-dire battant sensiblement plus tard que le cœur, une fois; fort et vibrant à droite et faible à gauche, une fois; et enfin régulier, présentant sa largeur ordinaire, en un mot, à l'état normal, cinq fois. On voit par ce relevé que les signes tirés de l'état du pouls n'ont pas une valeur aussi grande qu'on l'a supposé. Toutefois le défaut de rigueur dans les observations ne permet d'avancer cette proposition que d'une manière provisoire. Les recherches ultérieures viendront sans doute nous éclairer à ce sujet. Je dois ajouter que, dans les observations, je n'ai trouvé aucun rapport entre l'étendue de l'anévrysme et l'état particulier du pouls.

L'*état des veines* n'a point été étudié avec plus de soin. Sept fois seulement on les a trouvées tendues au cou, à la poitrine, et même à l'abdomen. Dans quatre de ces cas, on a constaté à l'autopsie une compression des grosses veines ou une altération notable de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, qui rendait compte de cet état de la circulation veineuse. Il est très possible que, dans la plupart des autres cas, on n'ait pas fait mention de ces vaisseaux, parce qu'ils étaient à l'état naturel; mais à ce sujet on ne peut former que des conjectures. J'ai, en ce moment, sous les yeux un malade qui a un anévrysme de la fin de la crosse avec tumeur externe, et chez lequel il s'est produit un *réseau de veines dilatées* sur la partie antérieure de la poitrine et de l'épaule gauche. Cette lésion, due manifestement à la *compression de la veine mammaire*, n'a pas été signalée par les auteurs.

La face est ordinairement vultueuse, bouffie; les lèvres sont violettes; en un mot, il existe une *congestion veineuse* évidente. Sur treize cas dans lesquels il est fait mention du *facies*, il se présentait dix fois avec ces caractères; dans les trois autres, la face était naturelle ou seulement remarquable par sa pâleur. C'est dans les anévrysmes les plus volumineux, dans ceux qui présentent une tumeur saillante à l'extérieur, et dans lesquels la circulation veineuse est très gênée, par suite de la compression, qu'on remarque principalement cet état de la face.

L'*infiltration des extrémités* est beaucoup moins fréquente. Dans huit cas où il en est fait mention, elle manquait complétement trois fois, et dans les autres elle avait rarement acquis un degré très considérable. C'est par les extrémités inférieures et par la face qu'elle avait commencé. Une fois seulement il y avait une accumulation peu considérable de sérosité dans la poitrine, et les parois de l'abdomen étaient infiltrées. On voit que l'anasarque est bien moins notable dans cette affection que dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur.

Il est rare que quelques signes d'*anxiété* ne se joignent pas à ceux qui viennent d'être indiqués; il y a ordinairement de l'*insomnie*, parfois des *réveils en sursaut*. Chez quelques sujets on a noté des *étourdissements*, des *vertiges*, de la *stupeur;* mais ces cas sont assez rares, soit que les auteurs n'aient pas fixé leur attention sur ce point, soit que ces symptômes aient réellement manqué. M. le docteur Pereira (d'Orléans) a insisté principalement sur les *syncopes* auxquelles sont sujets les malades. Il résulte, en effet, de deux observations qu'il a recueillies (1), et des faits qu'il a trouvés dans les auteurs, que ce symptôme est beaucoup plus fréquent et plus remarquable que ne pourraient le faire croire les descriptions données par les auteurs. M. Pereira pense que la formation de caillots, de concrétions sanguines s'accumulant au niveau des parois dilatées, n'est pas étrangère à ces

(1) *Arch. gén. de méd.*, janvier 1845.

syncopes. Chez un sujet il y a eu, vers la fin de la maladie, un véritable *délire* et un autre, qui avait une dilatation simple de l'aorte, a été pris d'une *aliénation mentale*. Un petit nombre a présenté une *céphalalgie* tantôt continue, tantôt revenant par intervalles. Ces symptômes n'ont qu'une valeur secondaire.

Du côté des *voies digestives* on n'a, dans la plupart des cas, rien trouvé de remarquable. Lorsque la tumeur anévrysmale comprime fortement la trachée, on conçoit que la compression puisse se faire sentir sur l'œsophage et rende la déglutition difficile : c'est un fait que je n'ai pas trouvé dans les observations ; mais je l'ai observé tout récemment chez un malade qui ne présente pas de tumeur à l'extérieur. Le passage des aliments, et même des boissons, causait une très vive douleur, dans un point correspondant, à peu près au milieu de la hauteur du sternum. La perte de l'appétit, dans deux cas, de la constipation dans un autre, un peu de diarrhée chez un quatrième sujet, tels sont les symptômes peu importants qu'ont présentés les voies digestives, qui n'offrent ordinairement d'altérations fonctionnelles qu'à une époque avancée de la maladie.

Parmi les *congestions locales* que l'on observe quelquefois dans le cours de l'anévrysme de l'aorte, *celle du foie* mérite d'être mentionnée ; mais elle est beaucoup plus rare que dans les affections du cœur et surtout dans le rétrécissement des orifices, puisqu'elle n'a été observée qu'une seule fois sans lésion concomitante de l'organe central de la circulation.

Dans la description précédente, j'ai indiqué les principaux signes qui résultent de la compression exercée sur les parties environnantes par une tumeur anévrysmale volumineuse. Pour les résumer, il me suffit de dire que, dans les cas où le développement de l'anévrysme a lieu à la partie postérieure de l'artère, la trachée, les bronches, les divisions de l'artère pulmonaire, les grosses veines de la poitrine, l'œsophage peuvent être comprimés, et qu'il en résulte une dyspnée intense, une difficulté notable de la respiration, de la déglutition, et une stase considérable du sang veineux. Lorsque la tumeur se développe latéralement, le poumon est refoulé et comprimé, et enfin, lorsqu'elle prend son accroissement en avant, il faut avoir égard au point de l'artère où l'anévrysme existe. Si c'est en bas, le tronc même de l'artère pulmonaire est comprimé, comme dans l'observation recueillie par M. Louis. Si le siége de la lésion est plus élevé, les cartilages des côtes sont soulevés, le sternum est aminci ou détruit, et la tumeur se produit. Quelquefois, lorsque l'anévrysme occupe la crosse même de l'aorte, les pulsations se font sentir vers la partie supérieure du sternum. En un mot, tout dépend du siége de la tumeur, et il est facile, d'après les connaissances anatomiques, de prévoir les effets qu'elle produit.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous l'avons vu dans la description des symptômes, la *marche* de la maladie est ordinairement difficile à suivre dans les premiers temps. Le plus souvent lente et sourde, elle est quelquefois très rapide, comme on en voit des exemples dans les cas où le développement de la maladie a succédé à un accident. Il arrive assez souvent, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, qu'après avoir marché lentement, l'affection prend un accroissement rapide, dont l'apparition d'une tumeur à la partie antérieure de la poitrine donne le signal. Dès ce moment, les

symptômes sont beaucoup plus faciles à suivre, et vont plus ou moins rapidement en augmentant, à moins que le traitement ne vienne entraver leurs progrès.

La *terminaison* de l'anévrysme de l'aorte est le plus souvent fatale; toutefois il résulte d'un certain nombre des observations que j'ai rassemblées, que la maladie ne doit pas être regardée comme désespérée. Parmi ces faits il faut citer principalement ceux qui ont été rapportés per MM. Dusol et Legroux. Ils ne laissent, en effet, aucun doute; l'apparition d'une tumeur circonscrite, saillante, réductible, fluctuante, avec des battements isochrones au pouls, démontrait jusqu'à l'évidence l'existence de l'anévrysme. Or on vit cette tumeur diminuer peu à peu, à mesure que les autres symptômes se dissipaient, et finir par disparaître entièrement. Albertini et quelques autres auteurs ont cité également quelques exemples de guérison.

Quant à la durée de la maladie, il est impossible de l'indiquer d'une manière un peu précise, ce qui tient à la difficulté que les auteurs ont éprouvée à fixer convenablement le début. On peut dire d'une manière générale que cette durée est de plusieurs années, car je n'ai pas trouvé un seul cas où il fût démontré qu'elle eût parcouru toutes ses périodes en moins de deux ans. Il est même à remarquer que, dans les cas où l'anévrysme est dû à une violence extérieure, c'est lentement que les symptômes se développent après les premiers temps de la maladie.

Il est cependant un accident qui peut abréger les jours du malade : c'est l'*ouverture du sac anévrysmal*, soit dans l'intérieur de la poitrine, soit dans un des canaux qui communiquent avec l'extérieur, soit à la surface du corps même, accident qui donne ordinairement lieu à une *hémorrhagie foudroyante*. En pareil cas, la promptitude de la mort dépend de la plus ou moins grande étendue de l'ouverture. Lorsque celle-ci est petite, tortueuse, plus ou moins obstruée par des caillots, l'hémorrhagie est peu abondante et peut se reproduire plusieurs fois avant que le malade succombe. On en trouve un exemple remarquable dans l'observation rapportée par Wagner. La tumeur volumineuse que portait le malade fut une première fois ouverte avec une lancette par un chirurgien ignorant; l'ouverture étant peu considérable, il ne sortit que quelques jets de sang; puis la plaie se cicatrisa, et, chose remarquable, la tumeur diminua plus que ne le comportait la petite quantité de sang perdu. En outre, le sujet éprouva un soulagement marqué; aussi, plus tard, se trouvant de nouveau en proie à des symptômes intenses, il enfonça lui-même une épingle dans la tumeur, de manière à en porter la pointe de tous côtés. Il sortit du sang vermeil, et cette fois, en assez grande quantité; néanmoins l'hémorrhagie s'arrêta encore, mais la plaie ne se ferma pas complétement. Enfin, la tumeur s'étant rompue spontanément à l'extérieur, il s'en échappa d'abord une grande quantité de caillots, puis du sang pur, et le malade ne tarda pas à succomber. Les exemples de cette terminaison par rupture de l'anévrysme à la surface du corps sont heureusement rares; on est prévenu de l'imminence de l'accident par l'amincissement de la peau, la saillie circonscrite qui se forme au sommet de la tumeur, la couleur violacée qu'elle prend dans ce point, et son ramollissement. Lorsque la tumeur se rompt dans la trachée, il survient une hémoptysie souvent foudroyante, comme dans le cas rapporté par M. W.-H. Gooch (1), médecin de

(1) *Provincial med. and surg. Journ.*, 18 février 1852.

cas de dilatation considérable sans tumeur anévrysmale proprement dite, les membranes internes et moyennes présentaient des plaques cartilagineuses et osseuses en très grande quantité, en a tiré cette conséquence naturelle, que le défaut d'élasticité des parois de l'aorte et l'impossibilité de revenir sur elles-mêmes après leur dilatation étaient la cause incessante de la dilatation dont il s'agit. Hodgson avait déjà fait la même remarque, et, dans les faits de dilatation que j'ai sous les yeux, l'état du vaisseau était tel qu'il vient d'être indiqué. La conclusion de ce qui précède est fort simple : l'altération des parois artérielles, en l'absence des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les hommes, n'est pas ordinairement suffisante pour produire l'anévrysme vrai, et réciproquement.

On ne trouve pas de considérations semblables pour expliquer le développement de l'*anévrysme partiel* vrai, mais aussi nous verrons que l'existence de cet anévrysme, porté du moins à un assez haut degré, présente des doutes sérieux.

Enfin, les destructions partielles de la membrane interne et moyenne, dues aux altérations décrites plus haut, sont les conditions organiques qui, jointes aux conditions hygiéniques déjà mentionnées, préparent le plus souvent, si ce n'est toujours, la formation de l'*anévrysme faux*. Lorsque ces membranes, et surtout la moyenne, qui est sans contredit la plus forte, la plus résistante et la plus élastique, sont détruites plus ou moins complétement, l'effort latéral du sang se fait sentir sur la portion du vaisseau affaiblie, et détermine la formation du sac anévrysmal.

Corvisart ayant trouvé, dans deux cas, de *petites tumeurs* siégeant sur l'aorte pleines d'une matière semblable au caillot fibrineux des anévrysmes, et séparées de l'intérieur du vaisseau par une membrane semblable à la membrane interne, avait pensé que, dans ces cas, la destruction des parois de l'aorte ayant eu lieu de dehors en dedans, n'avait respecté que cette dernière membrane; et il en avait conclu que l'anévrysme faux pouvait se former de cette manière, car, dit-il, si la membrane interne avait, par suite des progrès de la maladie, été elle-même perforée, le sac anévrysmal se serait ainsi trouvé formé. Mais les recherches récentes, et surtout celles de M. Bizot, ont prouvé que Corvisart avait été trompé par les apparences. On a vu, en effet, que rien n'était plus rapide, en pareil cas, que la formation d'une fausse membrane simulant parfaitement la membrane interne de l'artère. M. Bizot en a décrit un exemple remarquable. Chez les sujets observés par Corvisart, l'ouverture anévrysmale, après avoir été produite comme dans les cas ordinaires, et après la formation de caillots fibrineux, avait été oblitérée par une de ces fausses membranes qui en avait imposé à l'observateur.

La proximité où se trouve l'aorte ascendante de l'organe qui lance le sang dans son intérieur, l'effort direct qu'elle en éprouve, l'existence des sinus aortiques, la courbure de l'aorte, sont autant de circonstances qu'on doit naturellement regarder comme favorisant le développement des anévrysmes, et l'observation, ainsi qu'on l'a vu, vient confirmer cette manière de voir, puisque cette partie du vaisseau est beaucoup plus fréquemment que toutes les autres le siége de cette lésion.

Enfin, il est une lésion qui favorise tout spécialement la dilatation générale de l'aorte : c'est le rétrécissement ou l'oblitération de ce vaisseau dans un point plus ou moins éloigné de son origine. La partie située en deçà de ce point présente alors un calibre souvent très considérable, ainsi que nous le verrons plus loin, quand j'exposerai l'histoire de ces oblitérations.

2° Causes occasionnelles.

Il est impossible, dans un grand nombre des observations particulières, de saisir les causes qui ont pu déterminer la formation de l'anévrysme. Dans 34 cas que j'ai rassemblés, je n'en trouve que 11 qui nous donnent quelques renseignements à cet égard ; en voici le relevé : dans 10 cas d'anévrysme faux de l'aorte ascendante; nous trouvons trois fois des violences extérieures : un *coup sur la poitrine*, une *chute de cheval*, le *passage d'une roue de voiture sur le thorax*. Chez un autre sujet, les premiers signes évidents de l'anévrysme se sont produits au moment d'un *mouvement brusque*. Et enfin, chez d'autres, un *effort violent* pour soulever un fardeau ou éviter une chute, a été immédiatement ou presque immédiatement suivi des premiers symptômes. Un sujet se plaignit d'avoir des *rhumes fréquents*, et peut-être sera-t-on tenté d'attribuer aux efforts de la toux le même effet qu'aux efforts musculaires dont il vient d'être question ; toutefois les symptômes ne se sont pas manifestés brusquement, comme dans les cas précédents.

Telles sont les seules données que nous ayons sur ce point d'étiologie. Un douzième sujet attribuait, il est vrai, sa maladie à la *fatigue* et aux *chagrins*, mais ce fait isolé n'a point une grande importance.

Lorsqu'on voit, immédiatement après une chute ou une violence extérieure, apparaître les battements de l'aorte, une tumeur dans la poitrine, etc., on ne peut pas douter que ces causes n'aient donné lieu à la formation d'un sac anévrysmal ; mais on se demande si déjà il n'existait point un commencement d'anévrysme, et si la cause traumatique a fait autre chose que lui donner une brusque extension, en produisant la rupture de la membrane moyenne dilatée, ramollie, en partie détruite. Or c'est ce qui ne paraît pas douteux dans un certain nombre de cas où déjà, depuis longtemps, les sujets étaient d'une faible santé, avaient des palpitations, de la dyspnée, se fatiguaient facilement, étaient sujets à des congestions sanguines, etc. Chez d'autres, au contraire, tels que celui qui éprouva les premiers symptômes de la maladie après avoir eu la poitrine comprimée sous une roue de voiture, la santé avait été bonne jusqu'au moment de l'accident, et l'on est disposé à admettre, dans ce cas, l'existence d'un véritable anévrysme traumatique.

§ III. — Symptômes.

1° Dilatation de l'aorte ascendante.

Il importe de rechercher si la dilatation simple présente quelques symptômes particuliers qui puissent la faire distinguer des autres espèces d'anévrysmes. Or on ne trouve à ce sujet, dans les auteurs, que des renseignements très vagues et très incomplets. On s'est borné à dire qu'en pareil cas la circulation n'était pas troublée, et que la lésion n'occasionnait d'accidents que par son volume et par la compression qu'elle exerçait sur les organes voisins. Dans deux cas de dilatation simple (1), où les symptômes ont été décrits d'une manière assez complète, voici les seuls signes que j'aie trouvés : la maladie durait depuis longtemps ; il existait dans le trajet de l'aorte un bruit de souffle au premier temps dans un cas, et un

(1) L'un d'eux m'a été communiqué par M. Cossy, interne très distingué des hôpitaux, qui l'a recueilli dans le service de M. Louis.

membrane semblable à la membrane interne. N'est-ce point là un mode de guérison de l'anévrysme, plutôt qu'un commencement de tumeur anévrysmale, comme le croyait cet auteur?

On voit quelquefois l'anévrysme de l'aorte présenter des dispositions toutes particulières. C'est ainsi que M. le docteur Thielmann Schmidt (1) a vu un anévrysme de l'aorte venir, à travers l'oreillette droite, former une poche sacciforme jusque dans le ventricule en passant dans la valvule tricuspide. On comprend quelle gêne cette disposition devait apporter à la circulation, l'orifice auriculo-ventriculaire étant complétement bouché.

Parfois l'anévrysme est *disséquant*, ce qui est moins fréquent dans l'aorte ascendante que dans l'aorte descendante.

M. Mac. Donnel (2) en a cité un cas remarquable en ce que, au bout du trajet de l'anévrysme, la tunique celluleuse ayant été elle-même perforée, le sang s'épancha dans le tissu cellulaire qui unit cette tunique au feuillet séreux détaché du péricarde.

Quelquefois l'anévrysme disséquant se prolonge très loin dans l'aorte descendante. M. le docteur Thompson (3) en a observé un cas des plus remarquables par son étendue, puisqu'on pouvait suivre le trajet du sang depuis un point situé à un demi-pouce de la valvule sygmoïde postérieure, jusque dans l'abdomen au niveau des artères rénales.

Je n'en dirai pas davantage sur ces lésions, cet aperçu étant suffisant pour le praticien.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons vu plus haut qu'il était important, sous le rapport des symptômes, de distinguer la simple dilatation de l'aorte, ainsi que le développement d'un sac anévrysmal à l'intérieur de la poitrine, de l'anévrysme avec tumeur externe. Cette distinction est bien plus importante encore pour le diagnostic, qui offre, en effet, d'assez grandes difficultés dans les deux premiers cas, et est, au contraire, facile dans le dernier.

Dilatation de l'aorte. Si nous résumons les signes que nous avons notés dans la dilatation de l'aorte, nous trouvons ce qui suit : Battements forts, soulevant la paroi thoracique au côté droit du sternum, dans le troisième espace intercostal et au-dessus ; bruit de souffle au premier temps, et quelquefois aux deux temps. Dans le point où ces signes ont leur siége, matité plus ou moins considérable, absence du bruit respiratoire, avec des bruits forts et éclatants; pouls large et vibrant. Ces signes sont les principaux ; mais, en outre, on observe les signes communs aux autres anévrysmes de l'aorte et même aux maladies du cœur, c'est-à-dire la dyspnée, la toux, la congestion de la face, et parfois un peu d'œdème.

Avec quelle autre affection pourrait-on confondre celle qui donne lieu à de pareils symptômes? Dans les *maladies organiques du cœur*, la matité, l'impulsion augmentée, les bruits anormaux se trouvent à la région précordiale, et s'ils se prolongent un peu dans l'artère, ils n'ont point leur maximum d'intensité au côté droit du sternum, au-dessus de la troisième côte, ou sous la clavicule gauche.

(1) *Schmidt's Jahrb. der ges. Med.*, 1845.
(2) *Dublin Journ.*, janvier 1845.
(3) *Lond. med. Gaz.*, avril 1846.

Les simples *palpitations* donnent lieu, comme on l'a vu, à une activité plus grande de la circulation artérielle ; mais il n'y a point de matité au côté droit du sternum, pas de soulèvement de la poitrine dans ce point, et s'il existe un léger bruit de souffle, il est borné à la région précordiale, ou bien s'étend à une grande partie du système artériel. Dans les *palpitations des chlorotiques et des anémiques*, ce dernier phénomène est surtout remarquable, et d'ailleurs les signes généraux rendent le diagnostic facile.

Anévrysme faux sans tumeur externe. Si l'on se rappelle les signes que nous avons reconnus à l'anévrysme faux lorsque la tumeur est encore renfermée dans l'intérieur de la poitrine, on verra que dans l'état actuel de la science il n'est pas possible de le distinguer d'une manière positive de la simple dilatation. Toutefois, lorsque cette dilatation occupe presque toute l'étendue de l'aorte ascendante, le grand espace dans lequel la poitrine est soulevée, et dans lequel on entend les bruits sonores de l'artère, ainsi que l'étendue en hauteur de la matité, qui de la troisième côte remonte jusqu'à la clavicule, feront admettre l'existence de la dilatation générale de l'aorte, plutôt que d'une dilatation partielle et par conséquent d'un anévrysme faux.

Anévrysme avec tumeur externe. Quant à l'anévrysme qui a déterminé une tumeur à la partie antérieure de la poitrine, il est facile à reconnaître : une saillie plus ou moins considérable, plus ou moins réductible, présentant un certain degré de mollesse, souvent une fluctuation sourde et profonde ; des battements expansifs, synchrones au pouls ; un bruit de souffle ou un frémissement cataire, principalement au moment de la diastole artérielle, tels sont les signes de cette espèce d'anévrysme qui ne permettent guère de le confondre avec aucune autre maladie.

Les *diverses tumeurs* qui peuvent se former sur la paroi thoracique, étant séparées de l'aorte par presque toute l'épaisseur de cette paroi, n'en reçoivent pas une impulsion suffisante pour occasionner une erreur, et quant aux *abcès* plus profonds qui se seraient produits entre la surface externe de la plèvre et les côtes, pour se porter ensuite à l'extérieur, s'ils paraissent soulevés à chaque pulsation de l'aorte, ils n'ont point de battements expansifs et ne présentent pas de bruits de souffle.

Parfois on a vu des anévrysmes de la crosse de l'aorte venir faire saillie au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum et de la clavicule droite ; il est alors extrêmement difficile de les distinguer de l'*anévrysme du tronc brachio-céphalique.* Cependant si, comme dans le cas rapporté par M. Genest (1), on constatait l'existence d'une tumeur volumineuse sortant de dessous la clavicule droite et présentant tous les caractères de l'anévrysme, sans qu'à la partie supérieure de la paroi thoracique on observât les signes physiques précédemment décrits, on serait porté à admettre l'existence d'un anévrysme qui aurait son siége, sinon dans le tronc brachio-céphalique lui-même, du moins dans une partie voisine de la naissance des deux artères qu'il produit.

Je ne puis m'empêcher, pour compléter le diagnostic, de rapporter ici le résultat des recherches de M. Raycharles Golding. Cet auteur a publié (2) sur le *diagnostic physique de l'anévrysme de l'aorte thoracique*, un mémoire très intéressant dont

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXVI. Paris, 1831.
(2) *Lond. med. Gaz.*, février 1848.

voici les points les plus importants : Ce qui distingue les battements des anévrysmes, c'est qu'ils sont progressifs, c'est qu'ils sont appréciables dans des points où il n'existe pas normalement de pulsations, c'est qu'ils sont plus intenses que ceux que donnent les tumeurs d'un même volume, recevant leur impulsion du cœur ou des gros vaisseaux; c'est enfin qu'ils ne sont pas augmentés notablement, sous l'influence de ces causes, qui, dans le cas de trouble fonctionnel du cœur, occasionnent de si grands changements dans son action. Au reste, le siége de ces battements varie suivant le siége de l'anévrysme; dans l'anévrysme de la crosse, c'est dans la dépression du cou au-dessus du sternum, que l'on perçoit les battements avant toute tumeur, toute matité à la percussion, tout trouble dans les mouvements du cœur ou de la respiration. Dans l'anévrysme de l'aorte descendante, les battements sont plus prononcés à la partie postérieure de la poitrine, et ne se perçoivent souvent pas du tout en avant. Dans l'anévrysme vrai, les battements sont plus uniformes que dans l'anévrysme faux, et dans ces derniers la dilatation des vaisseaux est plus circonscrite; en même temps, la tumeur s'incline davantage d'un côté ou de l'autre du sternum, principalement du côté droit, sous la troisième ou la quatrième côte. Chez l'adulte à l'état normal, les limites naturelles de la matité à la percussion à la région du cœur sont les suivantes : deux pouces sur deux, pendant la respiration ordinaire; trois sur trois, après une expiration forcée. Après une inspiration forcée, l'espace qui était mat pendant l'expiration redevient plus ou moins sonore.

Dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte, la matité existe d'abord à la partie supérieure du sternum, et est seulement bien appréciable après une expiration forcée; mais à mesure que la dilatation du vaisseau augmente, la matité incline de plus en plus vers l'un ou l'autre côté du sternum, et se circonscrit de mieux en mieux. Dans l'anévrysme de la portion descendante de l'aorte, la matité n'est pas aussi facile à circonscrire : elle varie avec la résistance plus ou moins grande des poumons et des lésions concomitantes, qui peuvent ajouter à l'étendue de la matité; la percussion donne toujours une matité moins étendue dans l'anévrysme vrai que dans l'anévrysme faux, ce qui tient à ce que ce dernier irrite davantage les tissus qui l'environnent.

Dans l'anévrysme vrai, presque jamais on n'entend le second bruit au niveau de la tumeur, ce qui tient à l'absence de couches fibrineuses dans le sac. Dans les anévrysmes faux, le bruit se perçoit dans toute l'étendue de la tumeur, si elle n'est pas trop volumineuse, auquel cas, on le perçoit seulement dans la portion du sac la plus rapprochée du cœur; partout ailleurs, les bruits du cœur sont remplacés par le bruit de souffle. Dans les anévrysmes vrais, le premier bruit s'entend, quoique faiblement, au niveau de la tumeur; il en est de même du second qui se perçoit souvent mieux que le premier. Le bruit de souffle couvre en général le second bruit, dans les anévrysmes faux, toutes les fois que la circulation est notablement accélérée. Du reste, l'existence ou l'absence du second bruit est un bon signe diagnostique entre les anévrysmes vrais et les anévrysmes faux, dans lesquels ce bruit n'existe pas en général, au niveau de la tumeur.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la dilatation générale de l'aorte ascendante.*

Soulèvement de la paroi thoracique à droite du sternum, *entre le troisième espace intercostal et la clavicule.*
Bruit de souffle ou de frémissement vibratoire *dans le même point.*
Matité plus ou moins considérable *dans le même point.*
Pouls large et vibrant, *ordinairement égal des deux côtés.*
Dyspnée, toux, congestion de la face, œdème, etc.

2° *Signes distinctifs de la dilatation générale de l'aorte ascendante et des palpitations nerveuses.*

DILATATION DE L'AORTE.	PALPITATIONS NERVEUSES.
Matité à droite du sternum, au-dessus de la troisième côte.	*Point de matité.*
Bruits anormaux *dans le même point.*	Bruit de souffle seulement *dans quelques cas; bornés à la région précordiale*, ou étendus à une grande partie du système artériel.

3° *Signes distinctifs de la dilatation générale de l'aorte ascendante et des palpitations des chlorotiques et des anémiques.*

DILATATION DE L'AORTE.	PALPITATIONS DANS LA CHLOROSE ET L'ANÉMIE.
Matité, bruits anormaux, *ut suprà.*	*Point de matité;* bruits anormaux *étendus à une grande partie du système artériel.*
Signes généraux d'une *maladie du centre de la circulation.*	Signes généraux *de la chlorose et de l'anémie.*

4° *Signes distinctifs d'une dilatation générale de l'aorte ascendante et de l'anévrysme faux, la tumeur étant encore renfermée dans l'intérieur de la poitrine.*

DILATATION DE L'AORTE.	ANÉVRYSME FAUX.
Soulèvement *étendu* de la paroi pectorale.	
Bruits anormaux *depuis la troisième côte jusqu'à la clavicule* du côté droit.	Les mêmes signes *dans un point plus circonscrit* voisin de la troisième côte.
Matité *dans la même étendue.*	

Je n'ai pas besoin de dire que ce dernier diagnostic est beaucoup moins précis que les précédents. Ce n'est, en effet, que dans les cas où il existerait une tumeur interne bien circonscrite, ayant son siége vers la partie moyenne de l'aorte ascendante, qu'on pourrait le porter avec quelque sûreté. Au reste, je dois dire qu'il n'a point une très grande importance, puisque le pronostic et le traitement restent à peu près les mêmes.

5° *Signes positifs de l'anévrysme faux avec tumeur développée à la partie antérieure de la poitrine.*

Saillie arrondie, molle, présentant une fluctuation sourde et profonde.
Battements expansifs ; isochrones au pouls.
Bruit de souffle ou frémissement cataire *dans la tumeur.*

Pronostic. D'après ce qui a été dit plus haut de la terminaison de la maladie, le pronostic de l'anévrysme de l'aorte, quelle que soit son espèce, est très grave; cependant on a, je le répète, cité quelques exemples de guérison, mais ils sont très rares.

La gravité du pronostic est-elle différente suivant les espèces d'anévrysmes? En général, la simple dilatation entraîne des accidents moins sérieux, et a un danger moins imminent que la dilatation partielle ou l'anévrysme faux. Tant que cette dilatation n'est pas portée à un haut degré, il n'y a guère qu'une augmentation d'énergie de la circulation. Mais, d'un autre côté, la disposition de l'artère s'opposant d'une manière plus ou moins efficace à la formation de caillots dans son intérieur, on n'a pas, comme dans l'anévrysme faux, la ressource de faire oblitérer la cavité anévrysmale par la coagulation du sang.

§ VII. — Traitement.

Il n'est qu'une certaine partie du traitement qui ait été l'objet de recherches assez suivies; je veux parler de l'emploi des moyens dits antiphlogistiques. La plupart des autres n'ont été mis en usage que pour calmer quelques symptômes secondaires, ou pour favoriser l'action des premiers. Il faut toutefois faire une exception en faveur de l'*acétate de plomb*, qui, ainsi qu'on le verra plus loin, a été prescrit dans le but d'obtenir une guérison radicale.

Émissions sanguines. Les *émissions sanguines* sont si généralement mises en usage, qu'elles forment, on peut le dire, la base de presque tous les traitements proposés. Il n'est guère d'observations dans lesquelles on ne voie un nombre considérable de saignées pratiquées à des époques plus ou moins rapprochées, et quelquefois ce nombre est énorme. On sait, d'un autre côté, que le *traitement d'Albertini et de Valsalva*, déjà décrit à l'article *Hypertrophie du cœur* (1), s'appliquait tout aussi bien, et mieux peut-être, aux anévrysmes de l'aorte; mais il me suffit de renvoyer le lecteur à ce que j'en ai déjà dit.

Ainsi des *saignées abondantes*, voilà le premier précepte donné dans le traitement de cet anévrysme. Mais *comment ces saignées doivent-elles être pratiquées?* Faut-il les multiplier et les prescrire à de très courts intervalles? faut-il tirer peu de sang à la fois? ou bien, au contraire, doit-on opérer chaque fois une déplétion très rapide? Telles sont les questions qui se sont élevées et qui ont été diversement résolues par les auteurs. Passons-les donc en revue.

Les saignées copieuses et fréquemment répétées sont celles qu'on a généralement adoptées. Cependant quelques auteurs, et en particulier Hope, se sont fortement élevés contre cette médication. Suivant ce dernier, il survient, après un certain nombre de saignées, une espèce de réaction qui donne à la circulation une plus grande activité et rend les battements de la tumeur plus violents. Il faut, en outre, ajouter avec lui que le nombre des globules diminue et que la sérosité augmente après les pertes de sang considérables, ce qui rend plus difficile la coagulation du sang qui, en obstruant le sac anévrysmal, s'opposerait à ce que la dilatation fît des progrès. Toutefois on peut répondre à ces objections que plusieurs faits semblent

(1) Voy. t. I, art. HYPERTROPHIE DU CŒUR.

en faveur de la méthode d'Albertini et de Valsalva, et que s'il est vrai que les saignées abondantes employées seules aient les inconvénients signalés par Hope, il ne faut pas oublier qu'Albertini leur adjoignait le repos absolu et une abstinence presque complète qui favorisait la coagulation du sang.

Quelques médecins pratiquent une saignée copieuse tous les jours, pendant une ou deux semaines, et abandonnent ensuite ce moyen pour recourir à une autre médication. Leur but est d'empêcher précisément cette réaction signalée par Hope, et c'est pourquoi ils insistent sur la saignée, jusqu'à ce qu'elle ait produit tous ses effets. En l'absence de faits plus positifs que ceux que nous possédons, il est impossible de se prononcer sur les avantages d'une semblable médication; mais on peut signaler les dangers qu'elle peut entraîner; car tout le monde sait quelle est l'influence, sur l'organisme, d'émissions sanguines aussi nombreuses et aussi rapprochées.

Dans l'intention de favoriser la formation des caillots, M. Chomel propose de pratiquer des saignées très abondantes, et de faire couler le sang par une large ouverture, de manière à produire chaque fois une syncope : effet qui serait obtenu d'une manière bien plus sûre encore en saignant les malades debout ou assis. Mais on a élevé une grande objection contre cette pratique : « Il faut, dit Laënnec, avoir le soin de ne pas pousser les saignées jusqu'à la défaillance complète, surtout après les premières; car chez un malade affaibli, une défaillance peut être mortelle. » Hodgson, qui avait déjà admis la possibilité de cet accident, pensait que, pendant la syncope, le sang pourrait se coaguler au niveau de l'anévrysme, au point que la circulation se trouverait interrompue au moment où le cœur reprendrait ses fonctions; mais la réalité de ce fait n'est point parfaitement démontrée. Enfin Morgagni assure avoir été témoin de l'accident que redoute Laënnec. Cette objection est sérieuse; toutefois nous voyons qu'elle est fondée sur des faits peu précis, et que quelques uns des auteurs qui l'ont élevée n'ont émis qu'une opinion *à priori*. Quoi qu'il en soit, comme d'un autre côté la manière de voir de M. Chomel n'est appuyée que sur des conjectures plus ou moins probables, il s'ensuit qu'on devra être très réservé dans l'emploi d'un semblable moyen, qui n'est applicable qu'à des sujets jeunes et vigoureux.

Hope avait adopté, comme pour l'hypertrophie du cœur, des saignées modérées pratiquées à de longs intervalles; il ne tirait que 180 à 220 grammes de sang toutes les trois ou six semaines, et quelquefois à des intervalles plus éloignés. Il a obtenu par ce moyen, dit-il, des résultats beaucoup plus satisfaisants que ceux qu'il avait vus produits par le traitement d'Albertini et de Valsalva. Il cite à l'appui de cette assertion deux faits rapportés dans le recueil de l'hôpital de Dublin et dans le journal de la même ville, par MM. Beatty et Stokes. Dans ces cas, les malades se trouvèrent notablement soulagés lorsqu'on fit succéder à la médication affaiblissante un régime plus fortifiant.

Telles sont les opinions des auteurs sur cette question importante. On voit qu'il est bien difficile de les accorder entre elles; et comment le pourrait-on, puisqu'elles ne sont pas fondées sur une analyse suffisante des faits, et que par conséquent on n'a aucun moyen d'en apprécier la valeur exacte? Dans les observations que j'ai rassemblées, la saignée a toujours été employée, et presque constamment, lorsque la maladie n'avait pas fait de très grands progrès, elle a procuré du soula-

gement et diminué un peu les signes physiques; mais ce soulagement et cette amélioration n'ont été que passagers, et n'ont pas empêché la maladie de poursuivre son cours. Il est vrai de dire que dans aucun de ces cas la saignée n'a été employée avec cette vigueur et cette persévérance que recommandent ceux qui en ont fait la base du traitement de l'anévrysme de l'aorte.

Il résulte de ce qui précède, que la saignée est un moyen qui ne saurait être négligé, car elle produit un amendement marqué dans les symptômes les plus incommodes, c'est-à-dire la douleur, les battements, la dyspnée, les symptômes cérébraux et les diverses congestions.

Les *sangsues* sont bien plus rarement appliquées; on ne les met guère en usage que dans les cas où il existe une congestion locale. C'est au médecin à apprécier les circonstances qui rendent leur application utile. Je rappellerai seulement que s'il existait une congestion notable du foie, c'est à l'anus qu'il conviendrait de les placer. Les jeunes enfants n'étant point sujets à l'anévrysme de l'aorte, on n'est jamais réduit, dans cette maladie, à l'emploi exclusif des émissions sanguines locales. Les mêmes réflexions s'appliquent aux ventouses scarifiées.

Acétate de plomb. Après les émissions sanguines, le principal moyen qui a été mis en usage dans le but d'obtenir la guérison radicale de l'anévrysme, est l'*acétate de plomb.* Plusieurs médecins allemands avaient prescrit ce médicament contre les anévrysmes, et avaient publié un certain nombre de succès obtenus par ce moyen, lorsque Laënnec, avant de connaître ces faits, avait été porté à l'essayer par une considération toute particulière. Ayant remarqué, chez les sujets qui avaient succombé à la suite d'une colique de plomb, une diminution notable de la quantité du sang, il avait pensé que si l'on obtenait un pareil effet dans l'anévrysme de l'aorte, il y aurait avantage pour le malade. Il donna donc cette substance d'abord à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour, et ne dépassa guère 80 centigrammes. « J'ai, dit-il, continué quelquefois ce médicament pendant des mois entiers, sans déterminer de coliques ni d'autres accidents de la nature de ceux qui ont lieu dans la rachialgie saturnine. L'acétate de plomb m'a paru souvent utile, mais je ne l'ai jamais trouvé héroïque. »

Quelques observations rapportées par MM. Dusol et Legroux sont de nature à faire accorder une bien plus grande confiance à l'acétate de plomb. Il ne s'agit, en effet, de rien moins que de trois cas dans lesquels une tumeur à la partie antérieure de la poitrine, présentant tous les caractères de l'anévrysme, a presque entièrement disparu, avec tous les autres symptômes, sous l'influence de cette médication. L'acétate de plomb était donné d'abord à la dose de 20 à 25 centigrammes, et lorsqu'on était arrivé à 50 centigrammes, on se bornait à continuer cette dose. Les moyens employés concurremment étaient fort simples, car ils consistaient presque uniquement dans l'application de compresses trempées dans l'eau blanche sur la tumeur. Ces faits sont bien dignes de remarque, et doivent engager fortement à répéter ces expériences. La saillie à la paroi antérieure de la poitrine était, il est vrai, peu considérable dans ces cas; mais, l'eût-elle été moins encore, ils mériteraient toujours d'être rangés dans les cas très graves, puisque, avant de se montrer à l'extérieur, l'anévrysme doit avoir nécessairement fait des progrès considérables dans la cavité pectorale. Toutefois, il faut le dire, l'emploi de l'acétate de plomb n'a pas été aussi innocent dans les cas dont il s'agit qu'entre

les mains de Laënnec ; il a surtout une fois développé des accidents intestinaux assez intenses, tels que des coliques et des nausées ; mais ces troubles fonctionnels ne paraissent pas devoir être rapportés à une intoxication saturnine, puisqu'il y avait en même temps du dévoiement. Si de semblables accidents se produisaient, il suffirait, comme on l'a fait dans ce cas, de suspendre le traitement pendant deux ou trois jours, pour les voir cesser complétement.

Dans le cas où les accidents seraient plus marqués et ne se dissiperaient pas spontanément, on pourrait suivre le conseil donné par Hope. « Si, dit-il (1), malgré toutes les précautions, une irritation gastro-intestinale résulte de l'administration du plomb, je suis toujours parvenu facilement à la faire disparaître en administrant une ou deux doses d'huile de ricin, en faisant prendre abondamment une boisson mucilagineuse et en prescrivant des aliments farineux. » Je dois ajouter que, dans un cas récent, j'ai été obligé de renoncer à ce médicament, qui n'a pu être supporté d'aucune manière.

Purgatifs. Les *purgatifs* ont été recommandés par Hope dans cette affection, aussi bien que dans les lésions organiques du cœur; mais cet auteur ne rapporte aucun fait à l'appui. D'après lui, l'usage des *sels neutres*, du *jalap* et du *bitartrate de potasse*, suffit ordinairement. Cependant il place au premier rang, sans aucune comparaison, l'*elaterium*, dont le lecteur trouvera le mode d'administration à l'article *Altérations des valvules en général* (2). Dans les observations rapportées par MM. Dusol et Legroux, il en est une très remarquable sous le rapport du traitement par les purgatifs. Il s'agit, en effet, d'un forgeron qui éprouvait de vives douleurs à la partie supérieure de la poitrine, qui avait de la dyspnée, de la bouffissure de la face, en un mot, les symptômes les plus incommodes de l'anévrysme de l'aorte, et qui s'en trouva complétement débarrassé, de manière à pouvoir reprendre des occupations pénibles, après avoir eu un grand nombre d'évacuations alvines provoquées par la médecine Leroy. Ce soulagement si notable dura plusieurs mois; mais, au bout de ce temps, les accidents se reproduisirent, et ne purent plus être calmés, ni par les purgatifs drastiques, ni par l'acétate de plomb. Quoique le soulagement n'ait été que passager, il a été si considérable, que cette observation doit être citée en faveur des purgatifs. Il est même permis de croire que si le sujet n'avait pas repris les occupations si pénibles du forgeron, l'amélioration aurait eu une plus grande durée, et peut-être on aurait obtenu une guérison radicale.

Diurétiques. Les *diurétiques* sont encore préconisés par Hope. Le but qu'il se propose en les administrant est de désemplir l'appareil circulatoire, sans enlever au sang sa fibrine, comme le font les saignées. Le *nitrate* et l'*acétate de potasse* à haute dose : *de quatre à dix grammes dans un demi-kilogramme de liquide*, par exemple, sont les substances le plus généralement employées.

Calmants ; antispasmodiques. Dans une maladie où l'on observe des symptômes d'anxiété aussi marqués que ceux qui ont été signalés plus haut, on a été naturellement porté à mettre en usage les calmants et les antispasmodiques. Mais c'est là une médication qui ne s'adresse qu'à des accidents secondaires, et de laquelle on ne doit attendre aucun effet notable sur les symptômes propres à la maladie elle-même.

(1) *Loc. cit.*, p. 479.
(2) *Voy.* t. I.

Le *camphre*, la *jusquiame*, la *valériane* et l'*éther* sont employés lorsque ces accidents se produisent, et il faut laisser au médecin le soin de leur application.

Toniques; ferrugineux. Les toniques et les ferrugineux méritent une mention un peu plus spéciale. Il peut arriver, en effet, qu'il se joigne aux signes physiques ou organiques de l'anévyrsme de l'aorte des accidents nerveux du système circulatoire lui-même, des palpitations nerveuses, par exemple. Or, ces accidents tendant à augmenter encore la maladie principale, il importe de les faire cesser le plus promptement possible ; et s'ils étaient liés à une grande faiblesse qui rendît le malade plus irritable, on serait porté à mettre en usage les moyens dont il s'agit, de la manière qui a été indiquée à l'article *Palpitations nerveuses.* Toutefois qu'on n'oublie pas qu'une saine expérience n'a pas encore prononcé sur ce point, et qu'on n'accorde pas une trop grande confiance à des moyens qui, employés intempestivement, pourraient avoir des inconvénients graves.

Quoique les observations nous manquent encore à cet égard, on peut se prononcer un peu plus hardiment quand il s'agit de palpitations dues à un état manifestement anémique. En pareil cas, en effet, les toniques et les ferrugineux ont été expérimentés d'une manière beaucoup plus précise et leur efficacité est beaucoup mieux constatée. Le *quinquina*, le *carbonate de fer* et les diverses préparations mentionnées plus haut seront alors administrés avec succès.

Digitale. La digitale a été recommandée dans l'anévrysme de l'aorte, aussi bien que dans les maladies du cœur. Hope lui accorde une très grande confiance. Il pense qu'elle favorise au plus haut point la formation des caillots, et, quoique les preuves nous manquent à ce sujet, on ne doit pas moins, à son exemple, prescrire ce médicament qui a pour effet de calmer notablement la circulation. Les diverses formes sous lesquelles on doit la prescrire ont été déjà plusieurs fois indiquées.

Applications externes. Pendant qu'on donne ces médicaments à l'intérieur, on fait ordinairement quelques applications extérieures. Dans les cas où il n'y a aucune saillie à l'extérieur de la poitrine, on se borne à faire, sur le trajet de l'aorte ascendante, des frictions avec la *teinture de digitale*, ou quelques applications d'eau froide. Lorsqu'il existe une tumeur, surtout si elle est considérable et si elle menace de se rompre, on a recours à des moyens plus actifs. Des compresses trempées dans l'*eau blanche*, l'application permanente d'une vessie contenant de la *glace*, parfois une *légère compression* pour empêcher la tumeur de céder trop facilement à la distension, tels sont les moyens le plus généralement mis en usage. Dans le cas cité par Rosinus Lentilius, on mit sur la tumeur une poudre styptique, et par-dessus des compresses trempées dans du gros vin ; mais tous ces moyens ne sont que secondaires, et doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

Moyens à mettre en usage dans les cas de rupture de la tumeur. Lorsque la tumeur s'est rompue à l'extérieur, le plus souvent tous les moyens deviennent absolument inutiles, et le malade succombe rapidement. Mais dans le cas où l'ouverture très étroite serait obstruée par des caillots, et où par conséquent l'écoulement serait peu abondant et se ferait avec difficulté, on devrait avoir immédiatement recours à tous les principaux moyens que je viens d'indiquer. Ainsi la saignée abondante ; la diète complète ; la digitale ; l'acétate de plomb à l'extérieur ; des applications astringentes, hémostatiques ; la glace ; une forte solution d'acétate de plomb ; la compression ; l'application d'une plaque de plomb pour maintenir la tumeur.

tous ces moyens devraient être prescrits à la fois. J'ai cité un fait qui, quoique l'ouverture de la tumeur eût été faite par la main d'un chirurgien, n'en est pas moins propre à prouver qu'un cas semblable n'est pas toujours entièrement désespéré. En effet, après une perte considérable de sang, l'hémorrhagie s'arrêta, et la plaie devint le siége d'une cicatrice solide. Malheureusement, dans les cas de rupture spontanée, la plaie présente des conditions qui rendent la formation de cette cicatrice beaucoup plus difficile.

On ne croirait pas, au premier abord, que la *trachéotomie* fût applicable à cette affection. Mais il existe un fait fort curieux qui prouve qu'elle peut avoir son utilité, en même temps qu'il démontre que, dans une rupture peu considérable, l'hémorrhagie peut, comme j'en ai cité déjà des exemples, s'arrêter, sans doute par la formation d'un caillot qui l'obstrue. Voici ce fait : M. le docteur Judd (1) a pratiqué la *trachéotomie* dans un cas où un anévrysme de l'aorte, s'étant rompu dans la trachée par une ouverture étroite, avait produit l'asphyxie. Il s'échappa beaucoup de sang, mais l'hémorrhagie s'arrêta, et le malade reprit ses sens. Ce ne fut que seize jours après que, l'hémorrhagie s'étant reproduite et le malade rendant des flots de sang par la bouche, la mort survint rapidement.

Régime. Le régime mérite toute l'attention du praticien. J'ai déjà indiqué le régime si débilitant ordonné par Albertini et Valsalva. Sans pousser la rigueur aussi loin, la plupart des médecins reconnaissent que le régime doit être sévère ; que les liqueurs alcooliques doivent être strictement défendues, et que les aliments, pris principalement dans le régime végétal, doivent être doux, légers, et en petite quantité. Si toutefois il y avait un appauvrissement trop considérable du sang, Hope pense qu'il serait plus utile d'avoir recours à des aliments pris dans le règne animal ; j'ai indiqué plus haut les faits sur lesquels il s'appuie. Mais ce qu'il recommande surtout, c'est de faire prendre au malade très peu de liquides. Il craint qu'en introduisant dans les voies digestives une trop grande quantité de boissons, la masse du sang n'en soit considérablement augmentée et la dilatation de l'artère malade plus facile. C'est là une idée théorique qui paraît juste, mais qui demande à être confirmée par l'expérience.

Il est quelques autres précautions qui sont très importantes dans le traitement de cette maladie, et que je vais résumer dans le tableau suivant.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'ANÉVRYSME DE L'AORTE ASCENDANTE.

Maintenir le malade dans le plus grand état de calme possible.

Éviter la fatigue, les grands mouvements, les efforts violents.

Tenir continuellement le ventre libre, afin d'éviter les efforts de la défécation.

Éviter la trop grande chaleur qui peut accélérer considérablement la circulation.

Éviter également tout ce qui peut occasionner les maladies des voies respiratoires qui provoquent la toux et accélèrent la circulation ; par conséquent, tenir les extrémités chaudes ; éviter l'humidité, les courants d'air, etc.

Résumé ; ordonnances. D'après ce qui vient d'être dit, on voit que les remèdes

(1) *The Lancet*, 1844.

sur lesquels il faut le plus compter sont les émissions sanguines, l'acétate de plomb à l'intérieur et à l'extérieur, l'application de la glace sur la tumeur, et la digitale. Je dois ajouter que, de tous les anévrysmes de l'aorte, celui qui occupe la portion ascendante et la crosse est le plus difficile à guérir. La raison de ce fait est bien simple : l'anévrysme ne pouvant être guéri que par obstruction, et cette partie du vaisseau étant tellement nécessaire à la circulation générale qu'elle ne peut point être suppléée par la circulation collatérale, on sent qu'il faut des circonstances toutes particulières pour qu'on puisse tenter une guérison radicale. Les cas où aucun caillot ne se forme dans la poche anévrysmale, comme celui que M. Louis a observé et que j'ai plusieurs fois cité, sont les plus défavorables pour le traitement.

Ire Ordonnance.

CHEZ UN SUJET FORT ET VIGOUREUX SANS TUMEUR EXTERNE.

1° Ne donner qu'une petite quantité de boisson.

2° Émissions sanguines abondantes et répétées tous les deux ou trois jours, de manière à ne pas laisser la réaction s'établir.

3° ℞ Acétate de plomb. . . . } ãã 4 gram. | Sirop de sucre. . . . . Q. s.
Guimauve. . . . . }

Faites 40 pilules, dont on donnera d'abord une matin et soir, et dont on élèvera le nombre jusqu'à 5 ou 6.

4° Régime sévère. Repos.

IIe Ordonnance.

CHEZ UN SUJET DÉJA AFFAIBLI, MAIS PRÉSENTANT ENCORE DES BATTEMENTS ÉNERGIQUES DE L'AORTE.

1° Pour boisson, infusion de camomille sucrée.

2° S'abstenir d'émissions sanguines, à moins d'indications particulières, telles que la congestion de la face, une violente dyspnée, etc.

3° Usage de l'acétate de plomb, comme dans l'ordonnance précédente.

4° ℞ Feuilles de digitale. . . . . . . 2 gram. | Extrait de petite centaurée. . . 6 gram.

Faites 60 pilules, dont on prendra une matin et soir, et puis 4 ou 5 par jour.

5° Régime moins sévère que dans le cas précédent. Repos.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU IL S'EST FORMÉ A L'EXTÉRIEUR UNE TUMEUR PLUS OU MOINS CONSIDÉRABLE.

1° Insister sur l'emploi de l'acétate de plomb et de la digitale.

2° Appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans l'eau froide, ou mieux une vessie contenant des morceaux de glace.

3° Légère compression pour soutenir la tumeur, mais non de manière à gêner la circulation.

4° Diète sévère. Repos absolu.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances. Ces moyens sont les principaux à mettre en usage. Dans les cas où il surviendrait quelques accidents nerveux, il serait très facile d'administrer convenablement les calmants et les antispasmodiques, soit séparément, soit associés à quelques uns des médicaments précédents.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; acétate de plomb; purgatifs; diurétiques; calmants; antispasmodiques; toniques; ferrugineux; digitale; applications froides; régime sévère.

ARTICLE VII.

ANÉVRYSME DE LA PORTION DESCENDANTE DE L'AORTE PECTORALE.

On n'a pas coutume, dans les traités de pathologie, de consacrer un article à part à l'anévrysme de cette portion de l'aorte, qui cependant, ainsi qu'on va le voir, présente des particularités remarquables et très utiles à connaître pour le diagnostic. Je crois donc qu'il est du plus haut intérêt pour le médecin d'étudier séparément cette espèce qui est moins fréquente que la précédente.

Dilatation. La dilatation simple de cette portion de l'aorte ne s'est jamais montrée seule dans les cas que j'ai rassemblés. J'ai sous les yeux un exemple remarquable de dilatation de la portion thoracique de l'aorte descendante, dont M. Cossy a recueilli l'observation à l'hôpital Beaujon; mais on observait en même temps une dilatation plus notable encore de l'aorte ascendante, en sorte que l'augmentation de calibre qui avait lieu après la courbure n'était qu'une extension de celle qui occupait la partie de l'aorte voisine du cœur. Il est donc inutile de s'arrêter plus longtemps sur une lésion qui ne s'est point montrée isolément.

Sac anévrysmal. Quant à l'anévrysme avec formation d'un sac anévrysmal, il a occupé quatre fois cette région, dans les observations que j'ai rassemblées.

Causes. Les *causes* n'ont présenté rien de particulier, si ce n'est chez un sujet dont l'observation a été recueillie par M. Dominel (1), et qui avait reçu un coup de levier sur le dos.

Symptômes. La *douleur*, que nous avons vue, dans l'espèce précédente, occuper presque uniquement l'épaule, n'a été bornée à ce point que dans un seul cas où l'anévrysme siégeait au point même où l'aorte devient descendante. Dans les autres où le siége de la tumeur était plus inférieur, les douleurs ont existé principalement à la partie postérieure et inférieure de la poitrine; mais, il importe de le remarquer, tandis que dans l'espèce précédente cette douleur se faisait sentir à droite, elle existait dans celle-ci au côté gauche de la poitrine : circonstance qui s'explique facilement par la direction différente des portions de l'artère affectées d'anévrysme. Dans les considérations anatomiques, j'ai insisté sur ce point.

Dans trois des cas dont il s'agit, il s'est formé à la partie postérieure de la poitrine, une *tumeur* d'un volume considérable, ou une *voussure* marquée. Dans le quatrième, il n'est point fait mention de ce symptôme; mais cette observation manque d'un très grand nombre de détails importants. La tumeur, dans un cas, siégeait à la partie supérieure de l'épine dorsale, et, dans l'autre, elle correspondait aux troisième et quatrième côtes; elle avait, dans ces deux cas, la grosseur d'une tête de fœtus. M. Gigon a présenté à l'Académie de médecine (2) un cas d'anévrysme de

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXII, p. 331.
(2) Voy. le rapport de M. Bricheteau, dans *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIII, p. 846.

l'aorte pectorale descendante, qui, après avoir détruit la troisième côte, faisait au niveau de la fosse sus-épineuse gauche une saillie pulsative de la grosseur du poing. On y entendait un bruit de souffle unique et prolongé. L'anévrysme était énorme.

Au niveau de la voussure, aussi bien que dans les tumeurs elles-mêmes, se sont montrés des *battements isochrones à ceux du pouls*, comme dans les tumeurs de la partie antérieure de la poitrine. A l'auscultation, on a trouvé ces battements forts et éclatants, mais on n'a recherché les bruits de souffle que dans un seul cas où l'on a seulement constaté l'existence d'un *frôlement* passager. Dans le cas où existait la voussure, et dont l'observation a été recueillie par MM. Magne et Piorry (1), il y avait une *matité* marquée dans toute l'étendue de la portion saillante avec résistance notable sous le doigt.

Le *pouls* n'a présenté rien de bien remarquable, si ce n'est dans un cas où il est devenu presque imperceptible, et ce cas est celui où l'anévrysme était très voisin de la crosse de l'aorte, c'est-à-dire au point où finit la courbure.

Un seul sujet a présenté un peu de *turgescence des veines* jugulaires, sans battements appréciables. La *dyspnée*, l'*oppression*, la *toux*, ne se sont montrées que dans un seul cas, où le sac anévrysmal, ayant pris un très grand accroissement dans l'intérieur de la poitrine, avait occasionné un désordre considérable dans les poumons et dans les plèvres.

L'*insomnie* et l'*anxiété*, que nous avons vues se montrer si fréquemment dans l'espèce précédente, n'ont eu lieu que chez un seul des sujets dont il s'agit, et n'ont point été portées à un très haut degré.

Quant aux *infiltrations de sérosité*, il s'est présenté, dans un cas, une circonstance remarquable : c'est l'*œdème du bras gauche*, dont on trouve une raison satisfaisante dans la situation du sac anévrysmal qui occupait la partie la plus voisine de la crosse, c'est-à-dire le point où prend naissance l'artère sous-clavière, auprès des troncs veineux.

Du côté des *voies digestives*, il n'y a eu rien de bien remarquable, si ce n'est dans un seul cas où, après une *constipation opiniâtre*, il est survenu des *selles involontaires*. Mais chez le sujet de cette observation rapportée par Laënnec, il existait un symptôme bien plus important que cet état du tube digestif : c'est une *paraplégie* qui survint tout à coup et ne se dissipa qu'en partie. Or l'autopsie fit parfaitement connaître la cause de cet accident. La tumeur anévrysmale, qui siégeait entre la quatrième et la dixième vertèbre dorsale, avait dénudé et corrodé le corps des vertèbres, depuis la cinquième jusqu'à la dixième, au point qu'entre la septième et la huitième, le sac communiquait avec le canal vertébral, où l'on voyait un petit caillot comprimant la moelle. La cause matérielle de la paraplégie était donc évidente ; mais avant que la formation du caillot qui comprimait la moelle eût donné lieu à une paralysie complète, on conçoit facilement que l'altération si notable du canal vertébral était de nature à nuire notablement aux fonctions des organes qui sont sous l'influence de cette partie de la moelle, et de là la constipation suivie de selles involontaires : symptôme ordinaire des affections de cet organe.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. IX, p. 70.

Tels sont les symptômes présentés par l'anévrysme de la portion descendante de l'aorte thoracique. Si nous les comparons à ceux que nous avons trouvés dans les anévrysmes de la portion ascendante, nous voyons que les principales différences consistent : 1° dans la douleur qui se fait sentir *à gauche*, soit dans l'épaule, soit dans la partie postérieure de la poitrine, soit à la partie supérieure des lombes, suivant le siége de l'anévrysme ; 2° dans le lieu occupé par la tumeur, qui est, non plus à la partie antérieure et supérieure du côté droit de la poitrine, mais à la partie postérieure et gauche, dans un point variable de sa hauteur ; 3° dans la rareté plus grande et dans la violence moindre des symptômes liés à la gêne de la circulation de la partie supérieure du corps ou à la compression de la trachée, des bronches et des grosses veines : ainsi la respiration généralement plus libre, l'absence des congestions vers la tête, de l'anxiété, de la dyspnée ; et 4° enfin dans l'existence, chez quelques sujets, de certains phénomènes propres à l'espèce dont il s'agit, tels que la constipation, les selles involontaires et la paraplégie. Ces différences sont, comme on le voit, parfaitement en rapport avec les différences anatomiques signalées plus haut.

Marche ; durée ; terminaison. Je n'ai rien à dire de particulier sur la marche et sur la durée de la maladie. Quant à la terminaison, je rappellerai seulement que c'est dans des cas d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte ventrale, qu'on a cité des exemples de guérison par la formation de caillots et par obstruction de l'artère. Toutefois il reste encore beaucoup à faire sur ce sujet, qui présente des points fort obscurs.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques ne diffèrent de celles de l'anévrysme de l'aorte ascendante que par les altérations qu'ont subies les organes voisins de la tumeur. Ainsi nous voyons l'anévrysme refouler les poumons, et principalement le poumon gauche ; déterminer des adhérences de la plèvre ; dénuder, corroder le corps des vertèbres et la partie vertébrale des côtes, de manière à mettre à nu le canal vertébral, ou à aller faire saillie à l'extérieur. Ce qu'il y a de remarquable en pareil cas, c'est la résistance des cartilages intervertébraux à cette action corrodante. En effet, tandis que les parties osseuses sont plus ou moins profondément détruites, ceux-ci font saillie au-devant d'elles, et conservent leur intégrité.

Quelquefois il semble qu'il ne reste plus, dans certains points du sac anévrysmal, aucune trace de l'aorte, et alors ce sont les parties environnantes, les poumons, les plèvres, les vertèbres qui forment les parois de la tumeur.

L'anévrysme étant en rapport immédiat avec la plèvre gauche, il en résulte que si le sac anévrysmal vient à se rompre, le sang peut s'écouler dans la cavité pleurale, tandis que dans la portion ascendante, c'est dans les bronches, la trachée ou les grosses veines que s'ouvre ordinairement l'anévrysme. Je n'ai pas trouvé un seul exemple de rupture à l'extérieur dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante. Cela tient, sans aucun doute, à la résistance plus grande de la cage osseuse, ainsi qu'à l'épaisseur plus considérable des parties molles, et principalement des plans musculaires de la région dorsale. Telles sont les particularités anatomiques propres à cette espèce ; les autres lésions lui sont communes avec la précédente.

Diagnostic. Le diagnostic est fondé sur des signes semblables à ceux qui ont été indiqués à propos de l'espèce précédente. Lorsqu'il n'y a point de tumeur saillante

à l'extérieur, ce diagnostic est beaucoup plus difficile; mais en revanche, lorsque cette tumeur existe, il offre plus de facilité que celui de la portion ascendante. Si, en effet, on trouve à la partie postérieure de la poitrine, du côté gauche, le long de la colonne vertébrale, une tumeur présentant des battements sonores, isochrones au pouls et expansifs, on ne saurait douter qu'ils n'appartiennent à l'anévrysme de l'aorte pectorale descendante; l'artère, étant placée trop profondément, ne peut soulever par ses battements une tumeur d'une autre nature.

Des battements simples ou doubles, s'entendant dans une assez grande étendue de la partie postérieure de la poitrine, et joints aux différents bruits anormaux signalés plus haut, à la matité, à l'absence de la respiration, pourraient faire reconnaître un anévrysme considérable qui n'aurait point détruit la paroi osseuse de manière à faire saillie à l'extérieur. La douleur siégeant dans un point de la colonne dorsale, la marche de la maladie, et, dans des cas particuliers, comme dans celui de Laënnec, les accidents produits par la lésion profonde du canal vertébral, serviraient encore à lever les doutes.

La *pneumonie* et la *pleurésie* se distinguent facilement de la maladie qui nous occupe par le mouvement fébrile qui les accompagne, par la marche, l'étendue de la lésion et les divers symptômes pectoraux. Il n'est même pas nécessaire de chercher à établir d'une manière plus précise ce diagnostic différentiel.

Une *tumeur* de nature particulière développée dans le poumon, un *cancer*, par exemple, peut, comme on sait, donner lieu à un bruit de souffle, et quoique l'absence des troubles de la circulation mentionnés plus haut soit de nature à éclairer le diagnostic, on conçoit la possibilité d'une erreur; mais ces cas sont si rares, qu'on ne peut établir à ce sujet que des conjectures : il est donc inutile d'insister plus longtemps sur le diagnostic de cet anévrysme. Consultez, pour le complément du diagnostic, le résultat des recherches de M. R. Golding que j'ai citées dans l'article précédent (voy. p. 61).

Pronostic. J'ait dit plus haut que le pronostic de l'anévrysme de l'aorte pectorale descendante était généralement regardé comme un peu moins grave que le précédent. Toutefois je dois ajouter que l'observation n'a pas dit son dernier mot à ce sujet, et que de nouvelles recherches sont nécessaires.

Le *traitement*, considéré d'une manière générale, ne diffère pas du précédent. Il me suffit seulement de dire que toutes les *applications externes* doivent être faites à la partie postérieure de la poitrine, là où existent les symptômes locaux, et, de plus, que comme on a plus de raison d'espérer la guérison de l'anévrysme par formation de caillots considérables dans l'intérieur du vaisseau, on doit employer avec plus de rigueur le traitement destiné à affaiblir notablement la circulation, c'est-à-dire le *traitement d'Albertini et de Valsalva* (1).

ARTICLE VIII.

ANÉVRYSME DE L'AORTE VENTRALE.

Cette espèce est encore plus rare que les précédentes. On n'en trouve qu'un petit nombre d'exemples rapportés dans les auteurs; mais ces faits sont assez remarquables pour qu'on puisse en tirer quelques résultats importants.

(1) Voy. t. I.

Causes. Les causes, dans les observations que j'ai rassemblées, n'ont présenté rien de particulier. Un malade avait ressenti une douleur vive dans le point occupé par l'anévrysme au moment où il soulevait un fardeau ; mais les symptômes ne survinrent que quelque temps plus tard.

Symptômes. Parmi les symptômes, celui qui doit fixer d'abord notre attention, est *la douleur*. Nous la trouvons, encore ici, dans un point plus inférieur. C'est, en effet, vers la région épigastrique ou dans les lombes qu'elle se fait sentir. Elle n'a été vive et lancinante que chez un seul sujet ; elle s'étendait, dans ce cas, au sternum et aux côtes ; mais il y avait une complication d'hypertrophie du cœur, à laquelle on pouvait attribuer la douleur des parties supérieures.

Dans trois des observations que j'ai rassemblées, on a noté l'existence d'une *tumeur* qui siégeait soit entre l'épigastre et l'ombilic, soit dans l'hypochondre gauche. Dans cette tumeur, on percevait à l'auscultation des bruits clairs et sonores, et un malade croyait entendre un sifflement dans le lieu occupé par l'anévrysme. Chez un malade que j'ai actuellement sous les yeux, il existe un *bruit de souffle* simple, très fort et isochrone au pouls.

Ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'était l'absence des symptômes pectoraux que nous avons vus exister à un assez haut degré dans un si grand nombre de cas d'anévrysme de l'aorte pectorale. La toux, la dyspnée, les palpitations, les congestions vers la tête, ne se sont montrées, en effet, que chez un seul malade, et leur existence s'expliquait très bien par l'hypertrophie du cœur qui compliquait l'anévrysme ventral. Il en est de même du *pouls*, qui n'a été intermittent que dans ce seul cas. Dans un cas cité par M. Benson (1), il y avait de la gêne de la respiration seulement quand le malade montait un escalier ou se livrait à un exercice violent, mais cette difficulté de respirer n'apparut que six mois avant la mort, quand l'affection datait déjà de trois ans. A l'autopsie on ne trouva rien du côté des poumons ni du cœur, si ce n'est que celui-ci était un peu chargé de graisse au niveau du ventricule droit.

Mais, d'un autre côté, on trouve quelques symptômes qui n'appartiennent guère qu'à l'anévrysme dont nous nous occupons. Les *vomissements* qui survenaient après chaque repas chez deux sujets dont l'anévrysme occupait la région épigastrique ; les *selles involontaires* chez un autre ; l'*œdème borné aux membres inférieurs* chez trois ; la *paraplégie* dans un cas à peu près semblable à celui qui a été recueilli par Laënnec, et que j'ai cité plus haut, sont des signes qui dépendent du siége particulier de la tumeur. Je dois y ajouter les *douleurs dans le bassin*, et peut-être aussi les *pertes utérines*, qui ont eu lieu dans un cas cité par M. Pennock (2), et la *constipation* dans celui qu'a rapporté M. Benson (3).

Marche ; durée ; terminaison. Quant à la marche et à la durée de la maladie, il est impossible d'en rien dire de précis avec le petit nombre de faits que nous possédons. Chez un sujet, la durée a été de plus de huit ans. La *terminaison* a été le plus souvent funeste. Dans un cas cité par M. Odoardo Linoli (4), la guérison a eu lieu ; mais il faut dire que l'observation laisse des doutes sur l'exactitude du diagnos-

(1) *Dublin med. Press*, mai 1849 (*Arch. de méd.*, février 1850.

(2) Voy. *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. IV, p. 356.

(3) *Loc. cit.*

(4) Voy. *Annal. univ. di med.* Milano, décemb. 1836, p. 440.

tic, car la tumeur n'est point suffisamment décrite ; et, d'après l'auteur lui-même, elle était si légère, qu'on pourrait bien admettre l'existence pure et simple de ces battements nerveux observés assez fréquemment chez les femmes. Le sujet était une jeune femme irritable.

M. Moutard-Martin (1) a observé un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale ayant son siége entre les piliers du diaphragme, et qui s'est *ouvert dans la plèvre droite.* La mort fut subite.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques ne diffèrent de celles qui ont été décrites dans les espèces précédentes que par un petit nombre de particularités. D'abord le siége même de la tumeur fait qu'elle contracte des rapports avec les diverses parties de la cavité abdominale, et que la *rupture du sac* peut avoir lieu *dans le péritoine.* M. Louis a observé un cas de ce genre qu'il m'a communiqué, et dans lequel il s'est manifesté des symptômes violents de péritonite, tels que douleurs vives survenues brusquement, anxiété, etc., en un mot, les phénomènes de la péritonite par rupture. Dans l'observation de M. Benson (2) il y eut également rupture du sac dans le péritoine, et péritonite promptement mortelle.

Anévrysme disséquant. L'anévrysme de l'aorte ventrale est celui qui présente le plus fréquemment la forme particulière désignée sous le nom d'*anévrysme disséquant.* Dans quelques cas, la membrane interne et moyenne étant rompue, le sang soulève la membrane externe et la gaîne celluleuse, les décolle dans une plus ou moins grande étendue du vaisseau, et forme ainsi un sac allongé qui suit la direction de l'artère. Cette variété, qui n'a guère d'intérêt que sous le point de vue anatomique, ne présente rien de particulier, si ce n'est une étendue plus grande de la tumeur, qu'on peut constater pendant la vie.

Nous avons vu que l'*œdème* se manifestait principalement aux membres inférieurs ; dans un cas, cela tenait sans doute à la compression de la veine cave inférieure, et probablement dans les autres y avait-il également un *obstacle au cours du sang veineux* dans l'abdomen ; mais cette particularité n'a pas été mentionnée par les observateurs.

Diagnostic. Lorsque le sac anévrysmal a une capacité considérable, le diagnostic n'offre ordinairement aucune difficulté. En effet, en déprimant la paroi abdominale, on peut circonscrire la tumeur, sentir ses battements expansifs et isochrones au pouls, percevoir à son niveau les bruits anormaux qui s'y produisent, constater la matité dont elle est le siége ; en pareil cas, on ne saurait confondre l'anévrysme avec aucune autre maladie. Mais lorsqu'il n'y a qu'une petite tumeur, les difficultés sont beaucoup plus grandes. Il peut, en effet, exister, surtout à l'épigastre, des tumeurs qui, placées immédiatement au-devant de l'artère, en reçoivent l'impulsion, de manière à simuler des battements isochrones au pouls. En pareil cas, il faut avoir grand soin de rechercher si les battements sont expansifs, c'est-à-dire s'ils semblent partir du centre de la tumeur pour aller retentir dans tous les points de sa circonférence, ou en d'autres termes, s'il y a une véritable dilatation. Ces signes appartiennent en propre à l'anévrysme. Dans le cas contraire, la tumeur est simplement soulevée en masse.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1845.
(2) *Loc. cit.*

Malheureusement on n'a point fait, relativement à cet anévrysme, les mêmes recherches que pour l'anévrysme de l'aorte pectorale. On n'a pas examiné avec soin l'état des artères crurales, comme dans le premier cas on a recherché l'état de l'artère radiale. C'est un point qu'il faut recommander aux observateurs.

Pronostic. Quant au *pronostic*, d'après ce qui a été dit de la terminaison, il est fort grave ; mais le petit nombre des faits ne permet pas de se prononcer sur ce point d'une manière plus précise.

Traitement. Y a-t-il quelques particularités à signaler dans le traitement, outre l'application des moyens externes, qui doit, il n'est pas besoin de le dire, être faite sur l'abdomen ? Voici le traitement suivi par M. Odoardo Linoli, dont l'observation n'est pas malheureusement aussi concluante qu'il serait à désirer :

Saignée tous les deux jours, d'abord de huit, puis de six, puis de quatre, puis de deux onces. *Diète liquide ;* de l'eau pure pour boisson. *Digitale pourprée*, à commencer par *soixante centigrammes* pour arriver jusqu'à *quatre grammes.* Cette dernière dose ayant déterminé des accidents, on la suspend, puis on la reprend, puis on la remplace par la *jusquiame.* Sous l'influence de ce traitement, il survient une prostration notable, une dilatation marquée des pupilles ; le pouls devient très faible; les battements de la tumeur diminuent notablement, et la légère saillie épigastrique s'efface. Plus tard : tous les mois, *sangsues à la vulve*, fréquents *purgatifs*, *glaces* pour tout aliment. Par ce moyen, les symptômes sont réduits au point qu'on croit la malade guérie. Elle reprend son régime habituel, mais bientôt tous les signes se reproduisent ; alors le médecin met en usage le *traitement d'Albertini et de Valsalva*, en y ajoutant l'emploi de la digitale et de l'opium, et obtient une guérison radicale.

ARTICLE IX.

ANÉVRYSME VARIQUEUX.

A la rigueur, on pourrait regarder l'anévrysme variqueux comme faisant partie des anévrysmes précédemment décrits, puisque, dans les cas où cette espèce se produit d'une manière spontanée, il y a d'abord un simple anévrysme de l'aorte qui, se rompant dans une veine voisine, donne lieu aux accidents de l'anévrysme variqueux. Mais comme ces accidents présentent quelques particularités importantes, et comme l'anévrysme variqueux, une fois établi, a quelques caractères qui lui sont propres, cette forme constitue en réalité une maladie particulière. Nous possédons sur ce sujet un mémoire important publié par M. Thurnam (1). Cet auteur, rassemblant la plupart des observations citées dans les divers recueils, et les réunissant aux siennes, en a présenté une analyse où les divers faits sont examinés avec rigueur, suivant la méthode numérique. C'est principalement dans ce travail que je puiserai les matériaux de la description suivante.

Dans les observations rassemblées par M. Thurnam, on ne découvre aucune *cause* qui appartienne en propre à l'anévrysme variqueux. Un anévrysme simple s'étant d'abord produit, il n'est pas étonnant qu'on ait trouvé les sujets dans les mêmes conditions que ceux dont il a été question plus haut.

(1) *Med.-chir. Trans.*, 1840, vol. XXIII, p. 323.

Le *début* de la maladie a été de deux sortes : tantôt les symptômes qui la caractérisent se sont produits graduellement, et tantôt l'ouverture de l'anévrysme dans un vaisseau veineux a semblé s'être faite tout à coup à la suite d'efforts plus ou moins violents ; dans ces cas, les sujets étant bien portants, il survint brusquement un ensemble de symptômes analogues à ceux d'une rupture du cœur, une faiblesse subite, la dyspnée, les palpitations, une sensation de rupture dans la poitrine, des vomissements, et même une insensibilité générale dans un cas. Tels sont les symptômes qui, selon les probabilités, annoncèrent la rupture de l'artère dans la veine. On voit que ces deux espèces de début ne diffèrent pas de celles que nous avons trouvées dans les autres formes d'anévrysme. Il est même possible que, dans quelques uns de ces cas, il n'y ait pas eu, au moment où les accidents se sont produits, rupture de l'aorte dans le vaisseau veineux. Nous avons vu, en effet, ces mêmes accidents se manifester dans des cas où il n'existait point d'anévrysme variqueux, et où ils ne pouvaient être attribués qu'à la rupture des membranes interne et moyenne et à la distension brusque de l'externe. Il est donc permis de penser que, dans quelques uns de ces cas, il y a eu formation rapide d'un anévrysme faux dont le sac s'est accolé à la veine, dans laquelle il s'est ouvert plus tard.

L'anévrysme variqueux présente des considérations importantes suivant qu'il se produit dans l'intérieur de la poitrine, ou qu'il a son siége dans l'abdomen, ce qui est beaucoup plus rare. Il est en outre nécessaire de distinguer l'anévrysme variqueux dont la rupture a eu lieu dans le ventricule droit ou dans l'oreillette, de celui qui s'est ouvert dans la veine cave supérieure, et de celui qui communique avec l'artère pulmonaire. Passons-les rapidement en revue.

D'après les recherches de M. Thurnam, c'est principalement dans les sinus aortiques que se produisent les anévrysmes. Or celui qui occupe le sinus droit a de la tendance à s'ouvrir dans la veine cave supérieure, tandis que celui qui a son siége dans le sinus gauche tend, par sa direction, à s'ouvrir dans l'artère pulmonaire. Les anévrysmes qui s'ouvrent dans les cavités droites du cœur prennent ordinairement naissance immédiatement au-dessus des valvules, au côté droit de l'aorte.

§ I. — Anévrysme variqueux ouvert dans la veine cave supérieure.

Les symptômes de cet anévrysme sont les suivants : Signes manifestes d'un arrêt de la circulation ; couleur de la peau livide, marbrée, s'étendant, dans un cas, à la muqueuse de la gorge et au voile du palais ; distension des veines de la face, du cou et du thorax ; état presque variqueux de ces vaisseaux ; anasarque plus ou moins considérable dans les cas où la mort ne survient pas très promptement après la formation de l'ouverture variqueuse ; infiltration générale, plus remarquable dans la partie supérieure du corps ; dyspnée ordinairement considérable ; toux avec anxiété ; expectoration quelquefois sanguinolente ; palpitations ; pouls bondissant, vibrant, frémissant. Les signes physiques ont été rarement notés. Ils consistaient en une impulsion marquée sous la clavicule droite, avec un murmure bruyant dans le même point.

M. le docteur Cossy (1) nous a donné la relation très intéressante d'un cas d'ané-

(1) *Arch. gén. de méd.*, septembre 1845.

vrysme de l'aorte ascendante qui s'est ouvert dans la veine cave supérieure, et qui ressemble à quelques uns de ceux qu'a rapportés M. Thurnam. La circulation n'étant gênée, dans ce cas, que dans la veine cave supérieure, l'œdème resta borné aux membres supérieurs qui contrastaient par leur volume avec la sécheresse des membres inférieurs.

§ II. — Anévrysme variqueux s'ouvrant dans l'artère pulmonaire.

On a noté à très peu près les mêmes signes que dans l'anévrysme précédent ; seulement les symptômes pectoraux ont été plus marqués, et l'impulsion, avec un bruit de souffle intense, se faisait entendre principalement au milieu du sternum.

L'anévrysme disséquant peut devenir aussi variqueux. M. le docteur Pirrie, d'Aberdeen, a trouvé, chez un homme qui ne présentait aucun signe de maladie de l'appareil circulatoire et qui mourut presque subitement, un anévrysme disséquant de l'aorte, communiquant avec l'artère pulmonaire par une ouverture de plus d'un demi-pouce de diamètre, un peu au-dessous de sa bifurcation.

§ III. — Anévrysme variqueux communiquant avec l'oreillette droite.

Ici les symptômes ont été un peu plus remarquables : l'anasarque était générale, la circulation fortement troublée ; il existait des palpitations considérables à la région précordiale, et un bruit de souffle intense dont le maximum était à la partie supérieure du sternum : ce bruit était continu, prolongé au premier temps, plus aigu et plus court au second.

M. le docteur Bevill Peacock (1) a cité un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante qui s'est ouvert dans l'oreillette droite. Ce fait ressemble à ceux qu'a observés M. Thurnam, et M. le docteur Tripe (2) a vu un cas semblable. Les symptômes étaient : le bondissement du pouls ; un murmure qui couvrait le second bruit, s'étendait jusqu'au grand silence, et avait son maximum entre la deuxième et la troisième côte, près du sternum.

§ IV. — Anévrysme variqueux s'ouvrant dans le sommet du ventricule droit.

Dans un cas observé avec soin par M. Thurnam, on constata une matité ayant son siége à la région précordiale, et s'étendant jusqu'au niveau de la deuxième côte ; un bruit de scie continu intense occupait le même point, et s'étendait en outre dans presque tous les points du thorax, éclatant surtout au premier temps, ayant son maximum au deuxième espace intercostal, à environ 3 centimètres du sternum, point qui correspondait exactement au siége de l'anévrysme variqueux.

Quelquefois la communication de l'anévrysme variqueux est multiple : c'est ainsi que M. le docteur Beck (3) a vu un anévrysme de l'aorte communiquant avec le ventricule droit par une ouverture admettant le doigt auriculaire, et les deux ventricules communiquant entre eux, et que M. Turnbull (4) a cité un cas dans lequel

(1) *London and Edinb. month. Journ.*, janvier 1845.
(2) *The Lancet*, novembre 1844.
(3) *Med.-chir. Trans.*, 1842.
(4) *The Lancet*, juillet 1845.

la poche anévrysmale s'est ouverte à la fois dans le ventricule droit et dans l'artère pulmonaire.

§ V. — **Anévrysme variqueux de l'aorte ventrale, ouvert dans la veine cave inférieure.**

Les signes particuliers à cette espèce étaient une tumeur pulsatile dans l'abdomen, présentant à son niveau un bourdonnement continu, sensible non seulement pour les assistants, mais encore pour le malade lui-même. En outre, les symptômes pectoraux étaient beaucoup moins intenses, et l'anasarque n'occupait que les parties inférieures.

Marche de l'anévrysme variqueux. Je ne m'étendrai pas davantage sur les symptômes de l'anévrysme variqueux. J'ajouterai seulement qu'à dater du moment de la rupture de l'aorte dans le système veineux, le pronostic semble devenir très grave. Dans plusieurs cas, en effet, la mort a eu lieu en quelques jours, et dans les autres la durée de la maladie n'a pas dépassé dix mois. Toutefois on voit que cette rupture de l'anévrysme est encore la moins terrible de toutes celles qui ont été indiquées; car, dans ces dernières, soit que la tumeur s'ouvre au dehors médiatement ou immédiatement, soit qu'elle se rompe dans une cavité, telle que la plèvre, le péricarde et le péritoine, la mort est instantanée, ou du moins très rapide.

Diagnostic. Quant au *diagnostic* de l'anévrysme variqueux, il présente d'assez grandes difficultés, ce qui tient à ce que, dans les cas où il existe une tumeur anévrysmale considérable dans l'intérieur de la poitrine, sans aucune communication avec le système veineux, des symptômes à peu près semblables se produisent. Toutefois si, sans trouver une matité très étendue, sans constater l'existence d'une voussure à la paroi thoracique, on observait les signes d'une stase du sang veineux, une infiltration considérable, des symptômes pectoraux intenses, et, dans un des points mentionnés plus haut, un bruit de souffle, de scie, de râpe, un bourdonnement très notable et continu, on aurait des raisons pour admettre l'existence de l'anévrysme variqueux, et le diagnostic acquerrait un bien plus haut degré de probabilité si ces accidents s'étaient produits tout à coup sans formation de tumeur à l'extérieur.

Quant à la distinction des diverses espèces d'anévrysme variqueux, c'est uniquement d'après leur siége qu'elle a été établie. Il faudra donc, avant de se prononcer, rechercher le point précis où l'on rencontre les signes physiques, et noter quels sont les organes où se montrent les symptômes précédemment indiqués. Ainsi un œdème général considérable, une stase de la circulation veineuse dans tout le corps, un trouble notable des battements du cœur avec bruit de scie, de râpe, frémissement cataire, etc., siégeant à droite du sternum, entre la deuxième et la troisième côte, annonceront la communication de l'anévrysme avec les cavités droites du cœur; l'œdème borné à la partie supérieure du corps, la tuméfaction des veines du cou et du thorax, le bruit de souffle en dehors du sternum, sous la clavicule droite ou un peu au-dessous, feront admettre l'existence de l'anévrysme communiquant avec la veine cave supérieure; l'intensité très grande des symptômes pectoraux, avec des battements sous le sternum et des bruits anormaux dans le même point, annoncent la communication avec l'artère pulmonaire; enfin une tumeur dans la cavité abdominale, les bruits anormaux dans le même point, la stase du sang veineux dans les veines du membre inférieur et de l'abdomen, l'infiltration séreuse

de ces parties, sont les signes de la communication de l'anévrysme avec la veine cave inférieure.

Je dois ajouter que ces considérations, tirées d'un petit nombre de faits, demandent, pour être définitivement fixées, des recherches plus nombreuses. Peut-être, dans la suite, trouvera-t-on quelques signes plus positifs qui ont échappé aux observateurs dans ces affections si difficiles à étudier.

Traitement. Quant au *traitement*, je n'ai qu'un petit nombre de considérations à présenter. Le sang artériel pouvant pénétrer dans le système veineux, et le sac anévrysmal se vider plus ou moins complétement, il en résulte qu'on doit espérer beaucoup moins la formation de caillots qui oblitèrent le vaisseau ; aussi la médication ne doit-elle être que palliative, et il serait inutile d'employer le traitement d'Albertini et de Valsalva dans toute sa rigueur.

Nous avons vu que la stase du sang veineux et les congestions vers les organes internes étaient généralement les phénomènes les plus remarquables de la maladie. Pratiquer de temps en temps des *saignées*, pour remédier à cette plénitude ; prescrire les *diurétiques ;* recommander aux malades un *exercice très modéré ;* donner les *calmants* contre les troubles de la respiration : tels sont les principaux moyens qu'il importe de mettre en usage et qu'il suffit d'indiquer.

Dans les cas où la faiblesse serait un peu considérable, il ne faudrait pas hésiter à adopter un *régime* fortifiant et à prescrire quelques *toniques*. Ce sont là de simples conjectures sans doute ; mais, en l'absence de faits plus positifs, on doit se conduire d'après les données fournies par l'état local et général.

ARTICLE X.

RUPTURE DE L'AORTE.

Nous avons vu plus haut comment l'anévrysme de l'aorte peut se rompre, soit dans une cavité fermée, soit dans un canal communiquant au dehors, soit à la superficie du corps ; mais il n'est pas toujours nécessaire qu'il existe un anévrysme pour que la rupture du vaisseau ait lieu. On a cité, en effet, des cas authentiques dans lesquels l'aorte, sans avoir éprouvé de modifications dans son calibre, s'est rompue, d'où est résultée une mort subite. M. Ph. Bérard (1) a rassemblé quelques faits de ce genre.

Causes. C'est tantôt à la suite d'une *violence extérieure*, tantôt dans un *effort violent*, dans un *mouvement brusque*, et tantôt par l'action sur le vaisseau d'un *corps étranger* introduit dans l'œsophage, que la rupture se produit. Dans ce dernier cas, elle peut avoir lieu sans que ce vaisseau présente aucune des nombreuses lésions précédemment décrites ; la perforation est tout accidentelle. Dans les autres cas, au contraire, on a toujours trouvé des *altérations chroniques*, et principalement le ramollissement ulcéreux de l'aorte.

Quelquefois on rencontre *plusieurs ouvertures*, comme dans un cas observé par M. Dalmas ; l'aorte est alors comme criblée. Plus souvent on ne voit qu'une seule perforation irrégulière. Cet accident s'observe aussi chez les animaux. J'ai vu, sur une pièce recueillie par M. Trousseau, une large perforation de l'aorte à sa sortie

(1) *Dict. de méd.* en 30 *vol.*, t. III, p. 121.

du ventricule, trouvée sur un cheval qui était tombé mort en faisant un violent effort pour traîner une lourde voiture.

La perforation ayant ordinairement son *siége* dans un point de l'aorte voisin du cœur, c'est dans le péricarde que se fait le plus souvent l'épanchement sanguin. Quelquefois, comme dans un cas observé par Dalmas, l'hémorrhagie a lieu dans la plèvre. Si c'est un corps étranger qui, à travers l'œsophage, a perforé l'aorte, il y a des vomissements de sang vermeil.

Excepté dans ce dernier cas, où l'étroitesse de l'ouverture peut permettre la prolongation de l'existence, *la mort est subite.* Cet accident doit être bien connu du médecin, surtout au point de vue de la médecine légale; mais il ne saurait nous arrêter plus longtemps dans un ouvrage conçu au point de vue de la pathologie interne.

ARTICLE XI.

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'AORTE.

L'oblitération de l'aorte n'est pas toujours le degré le plus avancé du rétrécissement; elle a parfois des causes qui lui sont propres, et certains rétrécissements sont dus à une cause particulière; néanmoins, dans un nombre assez considérable de cas, les conditions dans lesquelles se développent ces lésions sont très sensiblement les mêmes, et de plus leurs symptômes ne diffèrent pas notablement, au degré d'intensité près. Je crois donc pouvoir faire, dans un seul article, l'histoire du rétrécissement et de l'oblitération, tout en signalant, chemin faisant, ce qui appartient spécialement à chacune de ces deux lésions.

M. Barth (2) a publié des recherches importantes sur ce sujet, qu'il a traité d'abord dans sa thèse inaugurale et ensuite dans la *Presse médicale*, où se trouve un mémoire malheureusement non terminé, mais dans lequel sont rassemblées les observations dont l'analyse devait servir de base à tout ce travail. Je vais emprunter à ces recherches les principales considérations qui vont suivre; et comme il s'agit d'une affection qui offre peu de ressources au point de vue du traitement, je glisserai assez rapidement sur sa description.

§ I. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les observations rassemblées par M. Barth, le plus grand nombre a été recueilli chez des hommes. Toutefois, il faut faire une exception relativement à l'oblitération de l'aorte *par obstruction* du vaisseau, car cette espèce a été observée six fois chez des femmes, et deux fois seulement chez des hommes. M. Barth en trouve la cause probable dans le développement de la matrice pendant la grossesse, et dans les diverses tumeurs des ovaires ou de l'utérus, qui, pressant sur l'aorte, peuvent y gêner la circulation et déterminer la formation de caillots. Sauf cette exception, toutes les autres lésions qui produisent soit une diminution de calibre, soit une oblitération complète, sont notablement plus fréquentes chez les sujets du sexe

(1) Thèse. Paris, 1837, in-4°. — *Presse méd.*, 1837, t. I.

masculin, ce qui est en rapport avec la fréquence plus grande des maladies du système artériel chez les hommes.

L'âge auquel on a constaté par l'autopsie l'existence de la lésion est extrêmement variable; mais si, avec M. Barth, on recherche le début de la maladie, on voit que, dans un tiers des cas, il paraît remonter aux premiers temps de la vie, et alors la lésion est due principalement à une espèce de coarctation du vaisseau, sans état morbide notable de ses parois. Dans les cas où celles-ci sont plus ou moins profondément altérées, la maladie s'est développée à un âge plus avancé, et par conséquent à une époque où les lésions artérielles ont plus de tendance à se produire.

Relativement aux *professions*, à la constitution des sujets et aux *circonstances hygiéniques* dans lesquelles ils se sont trouvés, nous ne pouvons, avec le petit nombre de faits connus, arriver à aucune conclusion importante.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous notons d'abord l'*anévrysme de l'aorte; celui de l'artère cœliaque*, trouvé dans un cas signalé par Larcheus (1), et l'*affection cancéreuse* qui, chez une malade observée par M. Velpeau (2), détermina évidemment l'oblitération de ce vaisseau.

On sait qu'on a attribué au *rhumatisme articulaire* une grande influence sur la production des maladies du système artériel; mais, parmi les cas rassemblés par M. Barth, un seul, recueilli par lui (3), a présenté la coïncidence d'un rhumatisme antécédent avec une oblitération de l'aorte.

« Quant aux *agents extérieurs*, ajoute ce médecin, nous trouvons, par l'analyse qui précède, que, dans plusieurs cas, les premiers phénomènes morbides ont suivi de près l'*impression du froid;* que, dans d'autres, cette influence a notablement exaspéré les symptômes déjà existants; que, chez un malade, des accidents graves se sont déclarés après une *fatigue* par un temps froid, et que, chez un dernier, la mort subite a suivi de près un *excès de boisson.* »

On voit que, parmi ces dernières causes, il en est quelques unes qu'on ne doit pas ranger parmi celles qui peuvent produire la maladie, mais seulement parmi celles qui peuvent l'exaspérer.

§ II. — Symptômes.

Début. Le début de l'affection peut paraître subit. En pareil cas, les malades sont pris très rapidement d'anxiété, de malaise général, d'oppression, de douleur dans la poitrine; mais ce n'est pas là véritablement un début subit. On retrouve en effet ces mêmes symptômes à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, dans des cas où l'affection est évidemment congénitale. Les choses se passent alors comme dans les cas de communication anormale des cavités du cœur. La lésion peut exister assez longtemps sans donner lieu à des symptômes notables, et puis, sous l'influence de causes qui souvent nous échappent, des symptômes graves se manifestent rapidement.

(1) Dans M. A. Severin, *De recond. abces. nat.*, lib. IV, p. 280. Francofurti, 1643.
(2) *Expos. d'un cas remarq. de malad. cancéreuse*. Paris, 1825, in-8.
(3) *Presse méd.* (*Mém. cit.*), 2e série, obs. 14.

Symptômes. La *douleur* a existé chez un assez grand nombre de sujets, mais ce n'était point toujours une douleur locale, et sous ce rapport il faut établir une distinction importante. La *douleur locale*, c'est-à-dire celle qui siégeait dans un point correspondant à celui qu'occupait la lésion, s'est montrée dans la moitié des cas environ. Tantôt c'était une douleur vive; tantôt, au contraire, une douleur sourde et fatigante. Quant au point précis qu'elle occupait, il était assez variable. Chez quelques uns, elle était sous-sternale; chez d'autres, elle avait son siége dans l'hypochondre droit; chez plusieurs, c'était une douleur en ceinture autour de la poitrine; et chez d'autres enfin, elle occupait la partie inférieure de l'abdomen. En général, son siége correspondait au point de l'aorte occupé par la lésion.

Cette douleur s'est montrée tout aussi fréquemment chez les sujets affectés de rétrécissement que chez ceux qui avaient une oblitération complète; mais il n'en est pas de même d'une autre douleur qui, dans quelques cas, se propageait par irradiation dans les membres inférieurs. Celle-ci, qui consiste en *fourmillements*, en *élancements*, ou en d'autres sensations analogues, ne s'est montrée que dans les cas d'oblitération complète, et si le nombre des faits était plus considérable, on pourrait tirer de cette circonstance un signe précieux pour le diagnostic différentiel.

Les *palpitations* sont un symptôme assez fréquent. Elles se manifestent également dans le simple rétrécissement et dans l'oblitération complète. Elles augmentent ordinairement par le mouvement et sous l'influence des émotions morales.

Si l'on *ausculte* la région précordiale et le trajet des artères, on trouve, dans un certain nombre de cas, les *battements du cœur* augmentés d'intensité, et un *bruit de souffle* plus ou moins fort dans l'aorte et dans les carotides.

La *percussion* a été si rarement pratiquée dans les cas publiés, qu'il est à peine possible d'en dire un mot. Le son était mat dans une plus grande étendue qu'à l'état normal à la région précordiale et dans les trois cinquièmes inférieurs du sternum, chez un sujet qui présentait de grands troubles dans la circulation.

En général, le *pouls* est plein, dur et accéléré; quelquefois cependant il est petit et faible. Le plus souvent on le trouve inégal ou même intermittent. Il est parfois possible de constater, à la simple vue, les battements de toutes les artères superficielles qui prennent naissance au-dessus du point occupé par la lésion; tandis qu'au contraire, non seulement on ne voit pas ceux des artères inférieures, mais encore on a peine à les percevoir par le toucher. C'est là un signe qui ne manque pas d'importance.

On trouve quelquefois les *veines* du cou gonflées, saillantes, et alors il y a une injection plus ou moins marquée de la face. Quant à l'*œdème*, il a été assez rarement noté, peut-être par défaut d'attention. Il a été rencontré aussi souvent dans les cas de simple rétrécissement que dans ceux où l'oblitération était complète.

« Un autre groupe de symptômes, dit M. Barth, qui sont très importants et qui ont été constatés par l'expérience, se manifestent dans les *membres inférieurs*. Plus grêles que les membres thoraciques, quand la maladie date de longtemps, on les trouve souvent habituellement froids, et, dans un certain nombre de cas, le malade y éprouve des douleurs, un sentiment de froid, de faiblesse, d'engourdissement, disparaissant quelquefois d'une manière plus ou moins complète pendant le repos, mais revenant pendant la marche, et augmentant par le mouvement.

Quelquefois on voit apparaître sur les extrémités inférieures des taches rouges livides : indices d'une gangrène commençante qui peut donner lieu au sphacèle du membre. Enfin, on observe parfois les signes que peuvent produire les diverses lésions concomitantes du cœur. »

Les *symptômes* du côté du tube digestif sont assez rares. Ils ne surviennent guère qu'à l'époque où la maladie a déjà fait des progrès considérables. L'inappétence, la soif, les nausées, quelquefois des vomissements, et plus fréquemment la constipation, ont été principalement signalés par M. Barth.

Enfin, des *sueurs* plus prononcées aux extrémités supérieures, de l'*insomnie*, la *dépression des forces*, tels sont les phénomènes qui viennent compléter ce tableau. Dans un cas seulement, il est fait mention du *décubitus*, qui était dorsal, la tête fortement élevée.

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est très difficile de déterminer la marche, la durée, la terminaison de la maladie. On peut dire qu'en général le rétrécissement et l'oblitération accidentels ont une *marche* plus rapide que le rétrécissement congénital. Ordinairement les symptômes suivent une marche progressive, interrompue par des intervalles de rémission. Ce n'est qu'après une certaine durée qu'ils deviennent continus et que leur intensité est très grande.

La *durée* de la maladie est très variable, et le plus souvent on ne peut pas la préciser, à cause de la difficulté qu'on éprouve à fixer le début.

Ordinairement cette affection cause la mort; toutefois M. Barth a cité un cas dans lequel le sujet, parvenu à une très grande vieillesse, s'éteignit sans symptômes remarquables.

§ IV. — Lésions anatomiques.

Dans la description des symptômes, j'ai fait voir qu'il était inutile de séparer les simples rétrécissements des oblitérations complètes; il en est de même relativement aux lésions anatomiques, et M. Barth, qui a étudié ces maladies avec soin, les a lui-même réunies dans une description générale.

Parfois il n'existe qu'un très léger rétrécissement, tandis que chez quelques sujets on peut à peine faire pénétrer dans le calibre de l'artère le petit doigt et même une petite plume, et que chez quelques uns, le vaisseau est entièrement impénétrable. Quelquefois on ne trouve qu'une simple contraction de l'artère, et souvent alors le rétrécissement a lieu au niveau de l'oblitération du canal artériel, de telle sorte qu'on peut trouver dans cette oblitération la cause de la coarctation de l'aorte. Dans d'autres cas, il existe en même temps que cette contraction une sorte de cloison percée dans son centre d'une petite ouverture; plus rarement, c'est une dépression latérale qui constitue le rétrécissement. Dans d'autres cas encore, il y a des lésions plus profondes. Les parois artérielles sont épaissies, offrent des concrétions stéatomateuses saillantes ou des tumeurs d'une autre nature. Dans quelques unes des observations recueillies par M. Barth, le vaisseau était fermé par une membrane ligamenteuse. Dans d'autres, des caillots plus ou moins denses, des espèces de bouchons fibrineux qui parfois occupaient une grande étendue, surtout

au-dessous du rétrécissement, obstruaient complétement la cavité. Dans d'autres, enfin, plusieurs de ces lésions existaient concurremment.

Le lieu dans lequel on trouve le plus souvent le rétrécissement ou l'oblitération, est l'insertion du canal artériel ou la bifurcation de l'aorte; mais on les a observés aussi dans les autres parties du trajet de l'artère, et c'est surtout alors qu'ils se sont montrés liés à des altérations plus ou moins profondes des parois du vaisseau. Dans les cas où la maladie avait son siége à la bifurcation, elle consistait ordinairement en une obstruction complète.

Presque toujours le rétrécissement est unique; quelquefois cependant on en a trouvé plusieurs à des hauteurs différentes.

Un fait qu'il importe beaucoup de mentionner, c'est le développement des artères collatérales destinées à porter une suffisante quantité de sang artériel dans les parties du corps situées au-dessous du rétrécissement ou de l'oblitération. On a vu les intercostales supérieures, les mammaires internes, les cervicales transverses, les diaphragmatiques, les épigastriques, etc., etc., présenter un volume beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; ces artères viennent ensuite s'anastomoser avec des rameaux qui reportent le sang dans la circulation des membres inférieurs; quelquefois même il se forme des rameaux anastomotiques anormaux. Lorsque le rétrécissement siége à la bifurcation, on ne trouve pas ce développement des collatérales externes, qui manque aussi dans quelques cas où la lésion a son siége plus haut. On explique alors le maintien de la circulation par le passage du sang dans les artères profondes.

Le développement des vaisseaux artériels supérieurs au rétrécissement paraît beaucoup plus considérable par sa comparaison avec le calibre des vaisseaux inférieurs, qui est notablement diminué. Fréquemment on trouve, au-dessus du rétrécissement, l'aorte dilatée, tandis qu'elle est quelquefois notablement rétrécie au-dessous. Enfin l'hypertrophie du cœur, les diverses altérations de ses orifices, et d'autres altérations secondaires dans le péricarde, les plèvres, les poumons et le cerveau, complètent le tableau des lésions anatomiques.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

C'est de la différence qui existe entre la circulation de la partie supérieure et de la partie inférieure du corps qu'on tire les signes les plus utiles pour le diagnostic. Si des palpitations fortes du cœur et de l'aorte, des battements violents et visibles à l'œil dans les artères du cou, une douleur siégeant dans la poitrine, l'oppression, la dyspnée, etc., coïncident avec une petitesse notable, une grande concentration du pouls dans les extrémités inférieures, on sera conduit à admettre l'existence d'un rétrécissement dans l'aorte pectorale. S'il y avait absence de battements dans la partie inférieure de l'aorte et dans les membres inférieurs, on devrait diagnostiquer une oblitération.

Tels sont les principes sur lesquels doit être établi le diagnostic. Maintenant, pour reconnaître le point précis dans lequel existe la lésion, il suffit de constater la hauteur où se fait sentir la douleur, quelles sont les artères dont les battements sont exagérés, et quelles sont celles qui en présentent au contraire de très faibles ou d'insensibles. Si, par exemple, avec une douleur siégeant à la partie inférieure

de l'abdomen, on notait, au-dessus de l'ombilic, des battements aortiques plus ou moins violents qu'on ne percevrait plus au-dessous, et une absence plus ou moins complète de battements dans les crurales, on devrait diagnostiquer l'existence d'un rétrécissement considérable ou d'une oblitération complète de l'aorte ventrale au niveau ou au-dessous de l'ombilic.

Lorsque la maladie a duré longtemps, il survient d'autres phénomènes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont : le peu de développement des membres inférieurs relativement à celui de la partie supérieure du corps, le froid des extrémités inférieures, et l'existence de douleurs plus ou moins vives. Ces phénomènes, lorsqu'ils viennent se joindre à ceux qui ont été précédemment indiqués, ne laissent guère de doute sur l'existence de la lésion.

§ VI. — Traitement.

Le *traitement* de cette affection organique ne peut être que palliatif. Cependant il importe d'en connaître les principes, afin de pouvoir procurer aux malades tout le soulagement possible.

La *saignée* est généralement employée. Il faut la mettre souvent en usage lorsqu'il existe une stase considérable de sang, et, par suite, des troubles fonctionnels incommodes, tels que la dyspnée, les étourdissements, etc. Dans les cas où il y aurait des signes de congestion locale, et principalement de congestion du foie, les applications de sangsues seraient prescrites. On sait que, dans ce dernier cas, c'est à l'anus que les sangsues doivent être appliquées.

La *digitale*, employée dans le but de calmer la circulation, est aussi généralement recommandée. Un large vésicatoire placé à la région précordiale, et saupoudré avec *cinquante* ou *soixante centigrammes* de poudre de digitale pourra être appliqué, en même temps qu'on prescrira ce médicament à l'intérieur.

Les douleurs précédemment signalées engageront à recourir aux *narcotiques* à doses assez élevées : ainsi l'extrait gommeux d'opium, à la dose de cinq à vingt centigrammes graduellement, les cataplasmes laudanisés, l'extrait de jusquiame, etc., etc.

Nous avons vu que l'œdème n'était point fréquent dans cette maladie. Dans les cas où il existerait, les *diurétiques* et quelques *purgatifs* légers seraient administrés de la manière déjà plusieurs fois indiquée.

Pour diminuer la violence de la circulation au-dessus du rétrécissement, on a eu en outre recours aux *applications froides* et *astringentes*, et surtout à l'*acétate de plomb* liquide. Dans les cas où il existerait des symptômes intenses du côté des poumons, on ne devrait employer ces moyens qu'avec précaution.

Enfin, une indication qu'il faut toujours remplir, c'est de tâcher d'exciter la circulation dans les membres inférieurs, en même temps qu'on cherche à la calmer dans la partie supérieure du corps. Pour cela on emploie les *applications sèches* et *chaudes*, les *frictions sèches* ou *irritantes* avec l'alcool, avec un liniment volatil, ou même avec l'huile de croton tiglium. Les *pédiluves sinapisés*, de larges cataplasmes sinapisés sur les mollets et les cuisses, seront appliqués dans le même but ; enfin quelques précautions générales doivent être mentionnées.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS ET DES OBLITÉRATIONS DE L'AORTE.

1° Suivre un régime sévère; se priver des aliments excitants et des boissons alcooliques.

2° Éviter les grandes fatigues et tout exercice qui peut activer notablement la circulation.

3° Éviter les refroidissements brusques et le passage subit d'une température à l'autre.

4° De temps en temps, bains tièdes, avec le soin de ne jamais en élever trop la température.

5° Autant que possible, tenir le malade dans le plus grand état de calme moral.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; digitale; narcotiques; diurétiques; purgatifs; applications froides ou astringentes sur la partie supérieure du corps; applications chaudes et irritantes sur les parties inférieures; régime sévère.

ARTICLE XII.

BATTEMENTS NERVEUX DES ARTÈRES.

On n'a point fait de grandes recherches sur cette affection, qui par conséquent est fort peu connue. Cependant Laënnec, sous ce titre : *De l'impulsion artérielle augmentée*, a cité quelques faits intéressants qui méritent l'attention du praticien; c'est pourquoi je vais en dire quelques mots ici, en attendant que des observations plus exactes nous aient mis à même d'en tracer une description plus complète.

Tous les médecins savent que chez certains sujets, et en particulier chez les femmes nerveuses, il se produit assez fréquemment des battements artériels incommodes, qui occupent le plus souvent la portion ventrale de l'aorte. Mais, suivant Laënnec, les mêmes battements occupent non moins souvent la partie ascendante et la partie descendante de l'aorte pectorale. L'exactitude de cette proposition est bien loin toutefois d'être démontrée; car, en lisant avec quelque attention l'article de cet auteur, on s'aperçoit bientôt qu'il n'a pas entièrement distingué les battements purement nerveux de l'aorte de ceux qui sont liés à un état chlorotique; et, d'un autre côté, comme il ne connaissait point l'insuffisance des valvules aortiques, il a pu parfois être trompé par les battements exagérés qu'on observe dans les cas de ce genre. Ce qu'il y a de certain, c'est que Laënnec, qui cite plusieurs exemples de battements nerveux de l'aorte ventrale, n'en cite pas un seul de palpitations bornées à une autre partie du vaisseau. Ainsi sans prétendre que les faits signalés par cet auteur sont absolument impossibles, je dirai qu'on n'a aucune preuve bien positive de l'existence de battements purement nerveux ayant leur siége ailleurs que dans l'aorte ventrale; ou du moins si, dans certains cas, on peut supposer que les pulsations du système artériel sont en général augmentées, on doit admettre que l'état de plénitude, les sensations désagréables, et tous les symptômes causés par

les battements, sont bornés à la région abdominale, et plus particulièrement à la région épigastrique.

Causes. Les causes de cette affection sont très peu connues. Tout ce que l'on peut dire, c'est que les tempéraments nerveux, les femmes irritables, y sont particulièrement sujets. A l'égard des autres causes, on ne pourrait se livrer qu'à des conjectures qui ne sauraient trouver place ici.

Symptômes. Tous les symptômes consistent dans l'*impulsion* plus ou moins violente de l'artère, et dans les incommodités locales qu'elle détermine. Si l'on place la main sur la région épigastrique, on sent très facilement les *pulsations* de l'aorte qui s'étendent plus particulièrement depuis l'épigastre jusqu'à l'ombilic. En même temps on voit, à chaque dilatation de l'artère, la paroi abdominale soulevée, et si l'on applique l'oreille sur le point occupé par les *battements*, on les trouve *forts et sonores.* Il est rare qu'on entende un bruit anormal, à moins de complication. Si on cherche à circonscrire l'artère qui bat ainsi avec violence, on lui trouve un *calibre égal* dans toute la partie occupée par les pulsations exagérées. On voit par là que, sauf la violence même des battements, il n'y a point de signe physique important à noter dans cette affection.

Les *sensations incommodes* qu'éprouve le malade sont variables. Ce n'est point une véritable douleur, c'est un poids, un sentiment de plénitude dans la région épigastrique ; en un mot, rien n'annonce que les organes soient profondément altérés. En général, les sujets ne peuvent point porter des vêtements serrés, quelquefois même le poids des couvertures est incommode.

Il est une particularité qui n'a point échappé à Laënnec, c'est l'augmentation de tous ces accidents lorsqu'il se développe au-devant de l'aorte, dans l'estomac, ou dans le gros intestin, des gaz qui distendent leur cavité ; alors les battements paraissent plus violents, la paroi abdominale est plus fortement ébranlée, et les sensations sont plus incommodes. Cette circonstance peut faire naître, en outre, quelques difficultés de diagnostic dont il sera bientôt question.

Marche ; durée ; terminaison. Comme toutes les affections de nature nerveuse, celle-ci a une marche irrégulière et une durée indéterminée. On voit des sujets qui, pendant de longues années, éprouvent ces battements à des intervalles très inégaux. On n'a pas cité un seul exemple de terminaison fâcheuse due exclusivement à cette affection. Il est inutile d'ajouter que l'anatomie pathologique n'a rien fait découvrir qui rendît compte des symptômes observés pendant la vie.

Diagnostic ; pronostic. J'ai dit plus haut que le *diagnostic* pouvait quelquefois présenter des difficultés ; on en voit un exemple dans le fait suivant rapporté par Laënnec.

« J'ai vu, dit-il, il y a environ dix-huit ans, en consultation avec Bayle, une jeune personne attaquée d'une fièvre pernicieuse tierce. En portant la main sur le ventre pour m'assurer si l'épigastre n'était pas douloureux, je trouvai, au bas de cette région, une tumeur du volume du poing, rénitente, donnant des pulsations fortes, isochrones à celles du pouls, et accompagnées d'un mouvement de dilatation générale bien marqué. Bayle répéta l'observation, et nous ne doutâmes, ni l'un ni l'autre, que la malade ne fût attaquée d'un anévrysme de l'aorte vers la hauteur de l'artère cœliaque. Nous donnâmes cependant le quinquina pour parer aux accidents les plus urgents de la fièvre, qui fut coupée très facilement.

Pendant plus d'un mois, la tumeur présenta les mêmes battements. La malade quoique sans fièvre, restait toujours très faible, et éprouvait beaucoup d'agitatio nerveuse. Ce ne fut qu'environ six semaines après la cessation des accès qu'ell commença à reprendre des forces et à se sentir en pleine convalescence. Vers cett époque, j'examinai de nouveau le ventre, et je fus surpris de ne plus trouver ni l tumeur ni les battements qui existaient encore quelques jours auparavant. Je fi part de cette singulière observation à Bayle, qui ne trouva, non plus que mo aucun vestige de l'anévrysme que nous avions cru reconnaître. J'ai eu souven occasion de revoir et d'examiner le sujet de cette observation, qui n'a plus pré senté rien d'analogue. »

On voit que, si l'on n'examine pas bien attentivement les sujets, il est possibl de tomber dans des erreurs. Pour les éviter, Laënnec conseille surtout d'avoir égar au calibre de l'artère. Si ce calibre est facile à sentir, et s'il paraît égal dans tou les points où l'aorte est accessible à l'exploration, on rejettera l'idée d'un anévrysme Cet auteur rapporte deux autres observations, parmi plusieurs qui s'étaient offerte à lui, et dans lesquelles, par ce moyen, il est arrivé à un diagnostic précis.

On y arrivera bien mieux encore si l'on pratique méthodiquement la *percussion* Nous avons vu, en effet, que la cause de l'erreur se trouvait ordinairement dan le développement de gaz occupant une cavité située au-devant de l'artère ; en parei cas, la percussion fait entendre une sonorité augmentée là où l'on trouverait de l matité s'il s'agissait d'une tumeur solide : une poche anévrysmale pleine de san coagulé, par exemple. Par le même procédé, on reconnaîtrait toute autre tumeu solide placée au-devant de l'artère non dilatée, et, de plus, la mobilité d cette tumeur, la possibilité de reconnaître le calibre de l'artère sous-jacente, vien draient lever tous les doutes. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister davan tage sur ce diagnostic, qui devient facile lorsque l'exploration est faite méthodique ment.

On n'a pas cité, je le répète un seul exemple qui prouve que cette maladie peu par elle-même avoir des résultats fâcheux. A moins de complication, elle doit êtr rangée parmi les simples incommodités.

Traitement. On a très peu fait pour le traitement de cette affection, qui n' pas assez fixé l'attention des médecins. Le traitement employé par Laënnec, e qui lui a parfaitement réussi, consiste uniquement en un petit nombre de *saignées* deux ou trois applications de *sangsues* à l'anus, et l'usage d'un *régime délayant* Il semble que, dans une maladie nerveuse, la saignée ne devrait pas être générale ment indiquée ; cependant les observations de Laënnec sont positives ; ce serait s refuser à l'évidence que de ne pas reconnaître les bons effets de ce moyen. Laënne paraît attribuer l'amélioration à la déplétion que produisent les émissions sanguine chez des sujets dont le système artériel contenait une trop grande quantité d sang ; mais, quelle que soit l'explication, c'est le fait surtout qu'il importe de con sidérer. Toutefois il faudra bien prendre garde, dans l'application de ce traitement de confondre les battements exagérés dont il est ici question avec ceux que peuven présenter les individus anémiques et des sujets affectés d'insuffisance des valvule aortiques.

Les *antispasmodiques* ont été naturellement prescrits dans des cas semblables le *musc*, l'*assa fœtida*, le *camphre* et l'*éther* sont les moyens de ce genre le plus

fréquemment administrés. On peut prescrire dans ce but, un des deux lavements suivants :

℞ Musc........................ 0,50 gram. Jaune d'œuf............. n° 1.	Décocté de graine de lin.... 250 gram.

Ou bien :

℞ Camphre.................. 4 gram. Jaune d'œuf................ n° 1.	Infusion de sureau........ 250 gram.

A l'intérieur, on peut employer les mêmes médicaments, mais l'*éther* est plus souvent administré. Une potion éthérée, ou seulement quelques cuillerées de sirop d'éther suffisent quelquefois pour calmer des battements violents.

Laënnec assure avoir prescrit avec avantage les *bains tièdes* fréquemment renouvelés.

Je n'en dirai pas davantage sur ce traitement, sur lequel nous ne possédons, comme on le voit, rien de précis, et qu'en général il faut laisser à l'appréciation du médecin. Je donnerai seulement deux ordonnances où entreront les principaux moyens.

Ire Ordonnance.

CHEZ UN SUJET QUI PRÉSENTE UNE CERTAINE RÉPLÉTION DU SYSTÈME CIRCULATOIRE.

1° Pour boisson, légère infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Une ou deux saignées du bras; application de sangsues, répétées jusqu'à ce que les symptômes aient disparu.

3° ℞ Eau distillée de tilleul. } de fleur d'oranger. } ââ 60 gram.	Sirop de gomme........... 30 gram. Éther sulfurique..... de 2 à 4 gram.

A prendre par petite cuillerée, toutes les demi-heures.

Le soir, un des deux lavements indiqués plus haut, ou bien un lavement d'assa fœtida.

4° Un bain deux ou trois fois par semaine.

5° Régime doux et léger.

IIe Ordonnance.

CHEZ UN SUJET TRÈS IRRITABLE, ET QUI NE PRÉSENTE POINT DE SIGNES DE RÉPLÉTION SANGUINE.

1° Mêmes boissons que dans l'ordonnance précédente.

2° ℞ Musc................ 0,50 gram. Oxyde de zinc.......... 1,50 gram.	Gomme arabique............. Q. s.

Faites des pilules de 0,15 grammes, dont on prendra trois ou quatre par jour.

3° ℞ Assa fœtida.................................. 8 gram.

Dissolvez dans :

Jaune d'œuf................ n° 1.	Décoction de guimauve..... 250 gram.

Pour un lavement à prendre le soir.

4° Matin et soir, quelques cuillerées de sirop d'éther.

5° Bains et régime comme dans l'ordonnance précédente.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients; antispasmodiques; bains; régime modéré.

CHAPITRE II.

MALADIES DES ARTÈRES SECONDAIRES.

Les artères internes, dont il me reste à étudier maintenant les maladies, sont en si petit nombre, et les recherches faites sur ces maladies sont si incomplètes, que j'aurai très peu de renseignements précis à consulter. L'étude des maladies de l'aorte a presque entièrement absorbé l'attention des médecins; ce qui se conçoit du reste très bien, ces affections étant de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes.

Dans une partie de leur étendue, les artères qui prennent naissance à la crosse de l'aorte pour se distribuer aux parties supérieures, et celles qui sont formées par sa bifurcation, doivent être rangées parmi les artères internes; toutefois les anévrysmes dont elles peuvent être le siége n'étant pas inaccessibles aux moyens chirurgicaux, ces affections sont tombées dans le domaine de la chirurgie. Je me bornerai donc, au sujet de ces artères, à dire quelques mots de leur inflammation et de leur oblitération. Il en est d'autres, telles que le tronc cœliaque et la mésentérique supérieure, qui sont entièrement du domaine de la pathologie interne; et comme nous possédons quelques exemples de tumeurs anévrysmales développées dans ces canaux artériels, je présenterai quelques considérations sur elles. Quant aux artères externes, et principalement aux artères des membres, il me suffira de parler de leur inflammation et des altérations chroniques dont elles sont le siége : car, sous tous les autres rapports, leurs maladies appartiennent exclusivement à la pathologie externe.

ARTICLE PREMIER.

ARTÉRITE AIGUE.

Dans tous les traités, on a étudié l'artérite aiguë presque exclusivement dans l'aorte. Il est certain que, si l'on n'a égard qu'aux lésions anatomiques, à la marche de la maladie, aux effets qu'elle produit sur la circulation, il n'y a point de différence notable entre l'inflammation de l'aorte et celles des autres artères; mais, envisagée sous un autre point de vue, l'inflammation des petites artères présente des particularités importantes. Par cela même que ces vaisseaux ont un calibre très inférieur à celui de l'aorte, l'inflammation dont elles sont le siége détermine avec beaucoup plus de facilité leur obstruction, leur oblitération et leur réduction en cordons fibreux, d'où certains symptômes qu'il importe de connaître. Malheureusement, il suit de la négligence qu'on a apportée dans les recherches sur l'inflammation des petites artères, que nous n'avons pas sur ce point les renseignements

désirables. Je vais exposer en peu de mots ce que nous savons de plus positif dans l'état actuel de la science.

Fréquence. L'inflammation des artères, et surtout leur inflammation développée spontanément, n'est point une maladie très fréquente. Dans ces dernières années, l'anatomie pathologique en a fait connaître un certain nombre de cas, mais qui se trouvent isolés dans les divers recueils et qui n'ont point été analysés.

Causes. Parmi les *causes* qui peuvent produire l'inflammation d'une artère, celles qui sont les plus connues sont les *lésions mécaniques* et le développement d'une *inflammation dans les tissus voisins.* Quelques expériences intéressantes ont été faites à ce sujet, et principalement par Sasse (1) et par M. Gendrin (2). Le premier de ces observateurs, en appliquant sur les vaisseaux artériels la teinture de cantharides et d'euphorbe, produisit une inflammation intense avec rougeur de la membrane interne, coagulation du sang, oblitération des vaisseaux, etc.; le second a répété ces expériences avec les mêmes résultats.

On a cité de nombreux exemples d'oblitération des artères *au-dessus du point où siége un anévrysme,* mais on se demande si, en pareil cas, il a existé véritablement une inflammation, ou si l'oblitération n'a point été un résultat pur et simple de l'arrêt du sang, de sa coagulation et de son organisation consécutive.

Enfin, quelquefois on voit, sans qu'on puisse en découvrir la cause, une artère s'enflammer et présenter tous les symptômes qui vont être décrits.

Symptômes. Les symptômes de cette maladie, lorsqu'elle n'occupe qu'une artère de petite dimension [car il faut faire ici abstraction de ces cas où presque tout le système artériel est malade, comme ceux qui ont été rapportés par G. Breschet (3)], sont presque tous locaux, et si l'artère est profonde et hors de la portée de l'exploration directe, il est souvent assez difficile de les reconnaître.

La *douleur* a été signalée par tous les pathologistes, mais elle a été fort diversement appréciée. Ainsi, tandis que les uns ont signalé simplement un engourdissement, de la gêne, des fourmillements dans le point occupé par l'inflammation, d'autres, tels que Broussais (4), assignent à l'inflammation des artères des douleurs très violentes, qui souvent se propagent dans les muscles et déterminent des élancements, des crampes, des mouvements convulsifs. Il est, comme on le voit, très difficile de se prononcer sur des opinions si diverses, surtout quand des observations bien exactes et bien précises nous manquent entièrement. Dans les observations d'artérite simple que j'ai consultées, la douleur est loin d'être telle qu'elle a été décrite par Broussais. Elle était simplement gravative, et l'on est porté à croire que cet auteur a été trompé par des complications, telles que l'inflammation du tissu cellulaire circonvoisin. Lorsque l'on peut presser sur l'artère malade, on détermine une douleur plus ou moins vive, bornée au point où existe l'inflammation, et cette pression fait reconnaître en outre les modifications qui se sont produites dans la circulation.

S'il faut en croire quelques auteurs, et en particulier Broussais et M. Roche, au

(1) *De vas. sanguif. inflam.* Halle, 1797.
(2) *Hist. anat. des inflammations.* Paris, 1826, 2 vol. in-8.
(3) *Histoire des phlegmasies des vaisseaux, ou de l'angéite* (*Journ. des progrès,* t. XVII, 1826).
(4) *Cours de pathologie.*

début de l'artérite il se manifeste des *pulsations violentes* dans l'artère enflammé Je dois dire que les observations sont loin d'être concluantes à cet égard ; en eff dans presque toutes celles qui sont citées, il est question de fièvres intenses, à l suite desquelles on n'a presque jamais trouvé qu'une rougeur plus ou moi étendue du système artériel. Les cas rapportés par P. et J. Frank nous en offre principalement des exemples. Or sur ce point s'élèvent plusieurs difficultés. D'abor y avait-il artérite ? C'est ce qui paraîtra douteux à ceux qui connaissent le peu d valeur d'une simple rougeur développée dans le système artériel. En second lie après avoir admis l'existence de l'artérite, on se demande si l'augmentation d battements n'est pas simplement un phénomène fébrile. Il faudrait, pour que l'exis tence de ce symptôme fût démontrée, qu'on eût trouvé l'exagération des batte ments bornée à l'artère enflammée, et c'est ce qu'on n'a pas établi d'une manièr positive.

La palpation fait reconnaître d'autres phénomènes qui, d'après les observation méritent bien plus d'être notés : c'est la *dureté* de l'artère, son *augmentation d calibre* apparente ou réelle, et enfin l'*anéantissement des pulsations artérielle* Ces symptômes annoncent qu'il s'est formé un caillot dans l'intérieur du vaisseau d'où résulte la suspension de la circulation, que l'on peut encore reconnaître l'absence des battements dans tous les points de l'artère situés au delà de la parti malade. Ce symptôme doit être considéré comme un des principaux ; car s'il es bien démontré que les phénomènes se passent dans l'intérieur de l'artère, on n peut pas douter de l'existence de l'inflammation. Le gonflement que l'on peut ob- server lorsque l'artère est superficielle est ordinairement plus considérable et n présente d'ailleurs rien de particulier à noter.

A la douleur précédemment indiquée, et qui est le résultat pur et simple de l lésion locale, il s'en joint d'autres qui sont dues à l'arrêt de la circulation : ainsi le *picotements*, l'*engourdissement*, les *tiraillements* dans les diverses parties o l'artère malade va se diviser. C'est à la même cause qu'il faut rapporter la *sensa- tion de froid* éprouvée par les malades dans les mêmes parties, et la difficulté de mouvements dans le membre affecté. Mais il est un résultat beaucoup plus grave encore de cette oblitération artérielle : c'est la *gangrène* du membre, qui a été désignée par les professeurs Delpech et Dubrueil (1) sous le nom de *gangrène momifique*, parce que les tissus se dessèchent et deviennent noirs comme ceux des momies égyptiennes. Un assez grand nombre de faits ont, en effet, démontré que les artères qui doivent apporter le sang aux parties affectées par cette gangrène se trouvent complétement oblitérées. On a, il est vrai, fait quelques objections à cette manière de voir, et, en particulier, on a dit que l'oblitération des artères était non pas la cause, mais la conséquence de la gangrène. A ce sujet, les observations rapportées par M. François ont une grande valeur, puisque plusieurs d'entre elles prouvent que l'oblitération des artères a réellement précédé la mortification des parties.

Tels sont les symptômes qu'on peut appeler locaux ; mais, en outre, un certain nombre de *symptômes généraux* ont été assignés à cette affection. Ce sont : un

(1) *Mémorial des hôpitaux du midi*, 1829. — Dubrueil, *Des anomalies artérielles considé- rées dans leurs rapports avec la pathologie et les opérations chirurgicales*. Paris, 1847.

mouvement fébrile plus ou moins intense, des frissons avec des alternatives de chaleur, un état d'excitation plus ou moins marqué. Mais ici s'élèvent encore de nouvelles difficultés ; car on n'a point distingué suffisamment les cas, et dans un grand nombre d'observations on trouve dans des complications plus ou moins graves la cause du mouvement fébrile. Il résulte de quelques faits où l'inflammation artérielle s'est montrée à l'état de simplicité, qu'elle ne détermine pas de symptômes généraux bien intenses. C'est, du reste, ce que l'on peut observer très bien dans les cas de gangrène rapportés par François, Delpech et Dubrueil, puisque souvent le premier symptôme qui ait annoncé l'affection a été l'apparition d'un point gangréneux dans une extrémité. On voit, au reste, combien l'observation a encore à faire pour éclairer tous les points obscurs que présente l'histoire de l'artérite.

Marche; durée; terminaison. On ne peut donner qu'une idée générale de la marche de la maladie. Dans les observations les plus précises, on voit que l'artérite aiguë a marché toujours très rapidement, du moins à son début, c'est-à-dire qu'en peu de temps les battements de l'artère sont complétement suspendus, et le vaisseau est dur et résistant, ce qui annonce que le caillot s'est formé dans son intérieur. Plus tard, les accidents qui se produisent suivent une marche qui n'a point été déterminée. Il en résulte que la durée de cette affection ne saurait être précisée. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que quand l'artérite reste à l'état de simplicité, la perméabilité du vaisseau ne tarde pas très longtemps à se rétablir. Cette terminaison, qui n'est pas la plus fréquente, s'annonce par le retour de la chaleur dans les lieux où va se distribuer l'artère, par des battements d'abord faibles et concentrés, qui deviennent de jour en jour plus forts et plus larges, et enfin par la disparition de tout engorgement sur le trajet du vaisseau.

J'ai dit plus haut que l'artérite pouvait se terminer par la gangrène ; mais cet accident n'est pas la conséquence nécessaire de l'oblitération complète du vaisseau. On a vu, en effet, des artères être réduites dans toute leur étendue à l'état de cordons fibreux, et cependant le cours du sang se rétablir dans les parties affectées. Dans ce cas, la circulation collatérale est venue suppléer au défaut de la circulation normale. Les rameaux artériels qui prennent naissance au-dessus du point affecté se développent graduellement, prennent un calibre plus considérable, et vont ainsi verser une quantité de sang suffisante dans les parties situées au delà de la lésion.

Lésions anatomiques. — Les lésions anatomiques sont au fond les mêmes que celles que nous avons trouvées dans l'aorte : ainsi, rougeur des membranes, épaississement, friabilité des tissus, sécrétion d'une quantité plus ou moins considérable de lymphe plastique, coagulation du sang, quelquefois suppuration dans le caillot : toutes ces lésions se retrouvent dans les artères secondaires. Les recherches de Delpech portant sur les divers tissus qui entrent dans la composition de l'artère, cet auteur a vu d'abord les vaisseaux superficiels et interstitiels offrir une injection qui annonçait le commencement de l'inflammation. Cette observation a été faite également par d'autres expérimentateurs. On a pu suivre, en outre, la formation des caillots, leur condensation, etc., mais ces détails n'ont point pour nous un intérêt majeur.

On a remarqué qu'en général l'inflammation des artères se propageait du point

le plus voisin du cœur aux points les plus excentriques : c'est ce qui est résul non seulement de l'étude des symptômes, mais encore de l'examen microscopiqu Dans un petit nombre de cas, au contraire, on a vu l'affection suivre une progre sion inverse.

Enfin, lorsque l'artérite a une date déjà ancienne, on trouve quelquefois, ain que je l'ai déjà dit, le vaisseau réduit à l'état de cordon fibreux.

On a pu voir par l'examen des cadavres, et mieux encore dans les expérienc sur les animaux, comment se rétablit la circulation : les caillots, d'abord form dans toute la cavité artérielle, se réduisent à l'état de fibrine et laissent dans u point de leur circonférence, quelquefois même dans leur centre, un canal qui per met au sang de circuler ; puis l'absorption continuant, ce canal augmente, jusqu' ce qu'enfin il ne reste sur le pourtour de l'artère qu'une fausse membrane mince qui persiste ordinairement très longtemps.

Diagnostic ; pronostic. Le *diagnostic* de cette affection est très obscur, lorsqu le point où elle siége n'est pas accessible à l'exploration directe. Alors, en effet, on n'a pour se guider que la cessation des battements dans les extrémités artérielles ; or plusieurs autres causes que l'inflammation de l'artère peuvent produire cet effet. Une tumeur profonde, une compression quelconque, suspendent nécessaire-ment les pulsations. Toutefois, si avec quelques uns des symptômes précédemment décrits, on voyait, dans un membre, les battements de l'artère anéantis, sans trouver dans la cavité d'où sort le vaisseau aucune cause matérielle qui pût donner la raison du phénomène, on serait porté à l'attribuer à l'artérite.

Lorsque le point malade est accessible à l'exploration, le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés : la douleur locale, le gonflement ambiant, la dureté de l'artère, l'anéantissement des pulsations, sont des signes qui ne laissent pas de doutes sérieux. Néanmoins, l'artère étant toujours accompagnée de veines qui le plus souvent sont placées au-devant d'elle, une *phlébite* pourrait causer quelque incertitude. Pour éclairer le diagnostic, il faut surtout avoir présente à l'esprit l'opposition du cours du sang dans les deux ordres de vaisseaux. Dans la phlébite, surtout lorsqu'elle n'occupe qu'une petite étendue, on observe la réplétion des veines au-dessous du point enflammé ; souvent, il est vrai, il se forme alors un œdème qui empêche de constater l'état des vaisseaux veineux dans les parties péri-phériques ; mais alors cet œdème lui-même est un très bon signe pour le diagnostic. Si l'on joint, en outre, à ces différences, l'état du vaisseau, qui est ordinairement flexueux et forme des cordons noueux lorsqu'il existe une inflammation des veines, on pourra porter avec assurance le diagnostic qu'il ne faudrait pas établir sur l'ab-sence des battements artériels, car lorsque la phlébite existe dans une veine située au-devant d'une artère, le gonflement des parties empêche souvent de sentir ces battements.

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le *pronostic* de cette affection n'est pas toujours fâcheux. Il est inutile de dire que plus l'artère est volumineuse et apporte le sang à un plus grand nombre de parties, plus l'affection est grave. Elle le devient beaucoup lorsque la suspension de la circulation a donné lieu à une de ces gangrènes, quelquefois très étendues, que M. Delpech a nommées momifiques.

Traitement. Le traitement de l'artérite aurait besoin d'être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été jusqu'à présent. Pour en connaître toute la valeur, il faudrait

établir une distinction très précise entre les divers cas qui peuvent se présenter à l'observateur. Il est, en effet, évident que l'artérite simple, celle qui, après avoir déterminé la formation de quelques caillots dans un point limité, tend naturellement à la guérison, pourrait exiger un traitement différent, et surtout moins actif que celui des artérites compliquées d'autres affections fébriles ou non, qui tendent à occuper une assez grande étendue, et qui produisent la gangrène dont il a été question. Ce travail n'a pas encore été fait, et l'on s'est contenté d'exposer le traitement d'une manière générale.

Comme dans le traitement de l'aortite, on a insisté beaucoup sur l'emploi des *émissions sanguines :* des saignées abondantes plusieurs fois répétées, des applications fréquentes de sangsues, surtout lorsque l'artère affectée est superficielle, ont été mises en usage par tous les médecins. On a recommandé, en outre, de surveiller avec soin la marche progressive de la maladie, afin de la combattre par les émissions sanguines locales, à mesure qu'on voit un point nouveau de l'artère envahi par l'inflammation. Les émollients, des cataplasmes, des fomentations, etc., et quelques bains complètent ce traitement antiphlogistique.

Pour calmer la douleur locale, on fait sur le point occupé par l'inflammation des fomentations fortement *narcotiques ;* on applique des cataplasmes arrosés d'une quantité considérable de *laudanum ;* mais on n'a pas employé ces moyens sous forme de frictions ou de liniments, parce que l'on a craint d'augmenter ainsi la douleur qu'on veut combattre.

Tels sont les seuls moyens qui aient été recommandés dans le traitement de cette maladie. On voit combien ils sont peu nombreux, et combien sont vagues les notions que nous avons sur leur efficacité. C'est par conséquent un sujet encore tout neuf, que l'observation pourra seule éclairer. Je ne parle point ici du traitement des accidents consécutifs, et en particulier de la gangrène, parce qu'il est entièrement du domaine de la chirurgie.

ARTICLE II.

ARTÉRITE CHRONIQUE ET LÉSIONS A MARCHE CHRONIQUE DES ARTÈRES SECONDAIRES.

§ I. — Artérite chronique.

Il est tout aussi difficile d'indiquer les symptômes de l'inflammation chronique des artères secondaires que ceux de l'aortite chronique. Cela n'a pas empêché les auteurs de décrire cette forme de l'inflammation des vaisseaux artériels; mais on voit bientôt qu'il ne s'agit dans leurs descriptions que des lésions chroniques des tuniques artérielles, qui sont très souvent le résultat des progrès de l'âge, et auxquelles, par conséquent, s'appliquent toutes les réflexions faites à l'occasion de l'aortite chronique. On est convaincu, après la lecture des articles publiés sur ce sujet, que s'il existe en effet une inflammation des artères à marche lente, elle ne donne aucun signe particulier qui puisse la faire distinguer ; il serait donc inutile d'entrer sur ce point dans de plus grands détails; mais il importe de dire un mot des lésions à marche chronique, quelle que soit la cause à laquelle il faille les attribuer.

§ II. — Lésions chroniques des artères.

M. Bizot s'est livré sur ce point à des recherches très intéressantes, et dont il me suffira de donner un résumé rapide, ces détails n'ayant qu'une importance secondaire pour la pratique. On a trouvé dans les petites artères les mêmes lésions que dans l'aorte, c'est-à-dire des incrustations cartilagineuses, osseuses, des taches jaunes, en un mot ces productions particulières dont j'ai donné plus haut la description.

Ces diverses lésions n'appartiennent pas toutes au même *âge*; les ossifications se montrent beaucoup plus tard que les taches simples. La raison en est facile à comprendre, puisque, dans les petites artères comme dans l'aorte, c'est par les taches elles-mêmes que commence l'ossification. Les taches primitives ou rudimentaires se montrent de bonne heure dans certaines artères, et beaucoup plus tard dans d'autres. D'après les recherches de M. Bizot, les iliaques primitives et le tronc innominé sont envahis les premiers. Il résulte, en outre, du tableau qu'il a dressé à cet égard (1), que ces taches apparaissent d'autant plus tôt que l'artère est plus voisine de l'aorte, et que plus on avance en âge, plus on présente de ces taches rudimentaires qui se développent dans un ordre déterminé, comme dans l'aorte. Le développement de ces productions normales est aussi fréquent chez la femme que chez l'homme.

C'est principalement à l'origine des artères que se montrent les lésions dont il s'agit, et, chose remarquable, il est parfaitement démontré par les recherches de M. Bizot qu'elles se développent d'une manière symétrique, c'est-à-dire que lorsque l'on en trouve dans une artère d'un des côtés du corps, on doit s'attendre à en rencontrer de semblables aux mêmes points de l'artère correspondante : nouvelle preuve que dans l'immense majorité des cas l'altération est due aux progrès de l'âge.

Maintenant, quelles sont les conséquences de ces lésions? Nous trouvons d'abord qu'elles peuvent diminuer le calibre des vaisseaux, former des aspérités dans leur intérieur, arrêter le cours du sang, favoriser la formation des caillots, et par là s'explique la plus grande fréquence de la gangrène chez les vieillards, d'où le nom de gangrène sénile. D'un autre côté, la perte d'élasticité, produisant le même effet que nous avons signalé dans l'aorte, peut déterminer la dilatation des artères, et de là l'ampleur et la force du pouls chez les vieillards. Enfin le pourtour du vaisseau étant incrusté de productions ossiformes, il en résulte que, dans un âge avancé, les artères sont dures au toucher et se laissent difficilement déprimer. Le médecin doit avoir présentes à l'esprit ces modifications de la structure des artères, pour ne pas s'en laisser imposer, dans l'examen des malades, par un état que l'on peut, jusqu'à un certain point, regarder comme physiologique. Mais c'en est assez sur des lésions que nous ne pouvons ni prévenir ni modifier.

ARTICLE III.

ANÉVRYSMES DES ARTÈRES SECONDAIRES.

Je n'étudierai dans cet article que les anévrysmes occupant une artère renfermée

(1) *Loc. cit.*

dans une des grandes cavités. Je ferai même abstraction des anévry... encéphaliques, parce que, inaccessibles à une exploration directe, l'affection cérébrale à laquelle ils donnent lieu, que par leurs propr... qu'ils méritent l'attention du médecin. Je n'aurai donc à parler que d... du tronc cœliaque et de ses divisions, et de ceux de l'artère mésent...ique supérieure, qui rentrent entièrement dans la pathologie interne.

§ I. — Anévrysme du tronc cœliaque.

Longtemps on a pensé que ces anévrysmes étaient très fréquents; mais il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Ph. Bérard (1) que les observations de cette affection sont extrêmement rares. Les cas qu'il cite sont les plus remarquables, et voici les symptômes qu'ils ont présentés.

Chez une femme de trente ans, traitée par Larcher, et dont Lieutaud (2) a rapporté l'histoire, on nota ce qui suit : Cette femme, d'une grande voracité, et adonnée au vin, se présenta avec la fièvre, une grande soif, perte de l'appétit, insommie, orthopnée, grande agitation. On observait, en outre, à l'épigastre, des pulsations violentes qui augmentèrent jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva l'artère cœliaque dilatée, pouvant admettre le poing, et contenant dans son intérieur une grande quantité de sang noir et grumeleux.

Chez un autre sujet, dont M. Bergeron a recueilli l'observation, il existait une douleur épigastrique, avec sensation d'une boule qui se portait d'un côté à l'autre lorsque le sujet changeait de position, et, de plus, des palpitations, l'essoufflement, la toux. A l'autopsie, on trouva, outre un anévrysme du cœur, une tumeur siégeant à la partie antérieure de l'aorte, d'où l'artère cœliaque prenait naissance. Dans ce dernier cas, on voit qu'un bon nombre de symptômes, tels que les palpitations, la suffocation, la toux, peuvent être attribués à l'hypertrophie du cœur, et, de plus, qu'il n'est pas démontré que l'anévrysme siégeât dans le tronc cœliaque lui-même; car on peut admettre, avec M. Bérard, qu'il avait pris naissance dans l'aorte, au point d'où se détache le tronc cœliaque.

On voit combien sont peu nombreux et peu précis les renseignements que nous avons sur cet anévrysme; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, dans les observations citées, il n'est point question de tumeur reconnue pendant la vie : signe dont il était cependant bien nécessaire de constater l'existence.

L'anévrysme du tronc cœliaque se rompt quelquefois dans la cavité péritonéale. On observe alors des symptômes très violents qui peuvent simuler la rupture de l'intestin. M. Louis (3) en a cité un exemple trop remarquable pour que je puisse me dispenser de le rapporter ici.

« Il s'agit, dit M. Louis, d'un homme de trente ans que nous observâmes, en 1823, à l'hôpital de la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait effectivement tous les symptômes d'une gastrite chronique; mais, après quelques jours de repos, il fut pris tout à coup d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements et d'altérations des

(1) *Dict. de méd.*, art. Cœliaque.
(2) *Historia anatomico-medica*, sect. xv, lib. I, obs. 1626. Paris, 1767, in-4.
(3) *Rech. anat.-pathol.* Paris, 1826, p. 168.

§ II. — Lésions chroniques des artères.

M. Bizot s'est livré sur ce point à des recherches très intéressantes, et dont me suffira de donner un résumé rapide, ces détails n'ayant qu'une importanc secondaire pour la pratique. On a trouvé dans les petites artères les mêmes lésior que dans l'aorte, c'est-à-dire des incrustations cartilagineuses, osseuses, de taches jaunes, en un mot ces productions particulières dont j'ai donné plus haut l description.

Ces diverses lésions n'appartiennent pas toutes au même *âge;* les ossifications s montrent beaucoup plus tard que les taches simples. La raison en est facile à com prendre, puisque, dans les petites artères comme dans l'aorte, c'est par les tache elles-mêmes que commence l'ossification. Les taches primitives ou rudimentaire se montrent de bonne heure dans certaines artères, et beaucoup plus tard dan d'autres. D'après les recherches de M. Bizot, les iliaques primitives et le tron innominé sont envahis les premiers. Il résulte, en outre, du tableau qu'il a dress à cet égard (1), que ces taches apparaissent d'autant plus tôt que l'artère est plu voisine de l'aorte, et que plus on avance en âge, plus on présente de ces tache rudimentaires qui se développent dans un ordre déterminé, comme dans l'aorte Le développement de ces productions normales est aussi fréquent chez la femm que chez l'homme.

C'est principalement à l'origine des artères que se montrent les lésions dont i s'agit, et, chose remarquable, il est parfaitement démontré par les recherches de M. Bizot qu'elles se développent d'une manière symetrique, c'est-à-dire que lorsque l'on en trouve dans une artère d'un des côtés du corps, on doit s'attendre à en rencontrer de semblables aux mêmes points de l'artère correspondante : nouvelle preuve que dans l'immense majorité des cas l'altération est due aux progrès de l'âge.

Maintenant, quelles sont les conséquences de ces lésions? Nous trouvons d'abord qu'elles peuvent diminuer le calibre des vaisseaux, former des aspérités dans leur intérieur, arrêter le cours du sang, favoriser la formation des caillots, et par là s'explique la plus grande fréquence de la gangrène chez les vieillards, d'où le nom de gangrène sénile. D'un autre côté, la perte d'élasticité, produisant le même effet que nous avons signalé dans l'aorte, peut déterminer la dilatation des artères, et de là l'ampleur et la force du pouls chez les vieillards. Enfin le pourtour du vaisseau étant incrusté de productions ossiformes, il en résulte que, dans un âge avancé, les artères sont dures au toucher et se laissent difficilement déprimer. Le médecin doit avoir présentes à l'esprit ces modifications de la structure des artères, pour ne pas s'en laisser imposer, dans l'examen des malades, par un état que l'on peut, jusqu'à un certain point, regarder comme physiologique. Mais c'en est assez sur des lésions que nous ne pouvons ni prévenir ni modifier.

ARTICLE III.

ANÉVRYSMES DES ARTÈRES SECONDAIRES.

Je n'étudierai dans cet article que les anévrysmes occupant une artère renfermée

(1) *Loc. cit.*

dans une des grandes cavités. Je ferai même abstraction des anévry encéphaliques, parce que, inaccessibles à une exploration directe, l'affection cérébrale à laquelle ils donnent lieu, que par leurs propre qu'ils méritent l'attention du médecin. Je n'aurai donc à parler que d du tronc cœliaque et de ses divisions, et de ceux de l'artère mésent.ique supérieure, qui rentrent entièrement dans la pathologie interne.

§ I. — Anévrysme du tronc cœliaque.

Longtemps on a pensé que ces anévrysmes étaient très fréquents; mais il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Ph. Bérard (1) que les observations de cette affection sont extrêmement rares. Les cas qu'il cite sont les plus remarquables, et voici les symptômes qu'ils ont présentés.

Chez une femme de trente ans, traitée par Larcher, et dont Lieutaud (2) a rapporté l'histoire, on nota ce qui suit : Cette femme, d'une grande voracité, et adonnée au vin, se présenta avec la fièvre, une grande soif, perte de l'appétit, insomnie, orthopnée, grande agitation. On observait, en outre, à l'épigastre, des pulsations violentes qui augmentèrent jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouva l'artère cœliaque dilatée, pouvant admettre le poing, et contenant dans son intérieur une grande quantité de sang noir et grumeleux.

Chez un autre sujet, dont M. Bergeron a recueilli l'observation, il existait une douleur épigastrique, avec sensation d'une boule qui se portait d'un côté à l'autre lorsque le sujet changeait de position, et, de plus, des palpitations, l'essoufflement, la toux. A l'autopsie, on trouva, outre un anévrysme du cœur, une tumeur siégeant à la partie antérieure de l'aorte, d'où l'artère cœliaque prenait naissance. Dans ce dernier cas, on voit qu'un bon nombre de symptômes, tels que les palpitations, la suffocation, la toux, peuvent être attribués à l'hypertrophie du cœur, et, de plus, qu'il n'est pas démontré que l'anévrysme siégeât dans le tronc cœliaque lui-même; car on peut admettre, avec M. Bérard, qu'il avait pris naissance dans l'aorte, au point d'où se détache le tronc cœliaque.

On voit combien sont peu nombreux et peu précis les renseignements que nous avons sur cet anévrysme; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, dans les observations citées, il n'est point question de tumeur reconnue pendant la vie : signe dont il était cependant bien nécessaire de constater l'existence.

L'anévrysme du tronc cœliaque se rompt quelquefois dans la cavité péritonéale. On observe alors des symptômes très violents qui peuvent simuler la rupture de l'intestin. M. Louis (3) en a cité un exemple trop remarquable pour que je puisse me dispenser de le rapporter ici.

« Il s'agit, dit M. Louis, d'un homme de trente ans que nous observâmes, en 1823, à l'hôpital de la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait effectivement tous les symptômes d'une gastrite chronique; mais, après quelques jours de repos, il fut pris tout à coup d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements et d'altérations des

(1) *Dict. de méd.*, art. Cœliaque.
(2) *Historia anatomico-medica*, sect. XV, lib. I, obs. 1626. Paris, 1767, in-4.
(3) *Rech. anat.-pathol.* Paris, 1826, p. 168.

traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable, et fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée. Comme les autres symptômes, elle persista avec plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva, pour principale lésion, un épanchement considérable de sang dans le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. Pendant sa vie, le sujet n'avait point éprouvé de battements, et nous n'en avions pas non plus senti à la région de l'épigastre. »

Outre les enseignements que ce fait nous fournit relativement à la rupture de l'anévrysme du tronc cœliaque, il nous montre combien peut être difficile le diagnostic de cette maladie, et quels progrès elle peut faire sans donner de signes sensibles.

§ II. — Anévrysmes des divisions du tronc cœliaque.

M. Bérard a réuni quelques faits qui se rapportent à ces anévrysmes, mais ils ne sont qu'indiqués et n'ont guère été étudiés que sous le rapport anatomique. MM. Wilson et Sestier ont rencontré chacun un anévrysme de l'artère hépatique. Souville, cité également par M. Bérard, a rapporté une observation d'anévrysme vrai de l'artère stomachique, mais sans entrer dans des détails suffisants; en un mot, tout reste encore à faire sur ces maladies, qui sont, je le répète, beaucoup plus rares qu'on ne l'avait pensé.

Il serait facile, d'après les connaissances anatomiques, d'indiquer les accidents probables qui seraient produits par une tumeur développée dans le tronc cœliaque ou dans ses divisions; mais il est plus sage de s'en tenir à l'observation, et d'attendre, avant de se prononcer, de nouvelles lumières. Toutefois il faut signaler quelques accidents particuliers dus à la position même de l'anévrysme. MM. Bergeon et Bérard ayant remarqué que la tumeur ne saurait se développer sans repousser ou comprimer les ramifications du grand sympathique et de la huitième paire qui forment le plexus solaire, ont attribué au tiraillement de ces nerfs les troubles variés dans les fonctions digestives, éprouvés par un malade qui portait un anévrysme de l'aorte au point même où naît l'artère cœliaque.

§ III. — Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure.

Les cas les plus remarquables de cette affection sont ceux qui ont été récemment publiés par le docteur Wilson (1). Il en est un surtout qui nous offre le plus grand intérêt sous le rapport des symptômes; aussi me paraît-il nécessaire d'en donner ici l'extrait (2) :

« Un cocher, âgé de quarante-deux ans et de constitution robuste, entra à l'hôpital Saint-George pour une tumeur avec pulsation à la région épigastrique. Cette tumeur avait le volume d'une petite orange, et dans le décubitus dorsal elle faisait un peu plus de saillie à gauche de la pointe du cœur; elle était douloureuse à la pression, et mobile dans toutes les directions, mais surtout à gauche. Quand le malade se couchait sur le côté, la tumeur retombait sous les côtes et ne pouvait être sentie. Dans la station, elle se portait dans la même direction, et était en outre

(1) *Lond. med. chir. Trans.*, t. VI, 1841.
(2) *Arch. de méd.*, 1842, 3ᵉ série, t. XIV, p. 342.

sensible au côté droit de la région épigastrique. Deux ou trois mois avant son entrée à l'hôpital, le malade avait été tourmenté par une violente dyspnée, avec douleur dans les lombes et entre les deux épaules, le long des vertèbres dorsales inférieures. Quinze jours après, il éprouva une constipation opiniâtre ; plus tard il fut pris de toux, et eut pour la première fois une hémoptysie abondante. Depuis cette époque jusqu'à sa mort, qui eut lieu cinq mois après son entrée à l'hôpital, et par conséquent huit mois après l'apparition des accidents graves, il y eut des hémorrhagies considérables pendant les efforts de toux et de vomissement. Le sang tiré du bras, dans le but de calmer les accidents, fut toujours plus ou moins couenneux. Le pouls, d'une fréquence ordinairement médiocre, ne fut jamais irrégulier. A mesure que l'affection fit des progrès, la constipation devint plus opiniâtre, l'appétit se perdit, la douleur entre les deux épaules augmenta, et de temps en temps il y avait des crampes dans les jambes, dans les bras et dans les mains, avec engourdissement et fourmillement. La tumeur devint de plus en plus sensible au toucher, et, quelques semaines avant la mort, elle s'était étendue du côté gauche au côté droit de l'épigastre. A la fin, des phénomènes de phthisie se manifestèrent, et le malade s'affaissa graduellement.

» A l'autopsie, on trouva le tronc de l'artère mésentérique supérieure dilaté, d'un volume très considérable, ayant la forme d'un sein, s'étendant en haut, en avant et en dehors, vers le côté droit, et soulevant le pancréas qui formait la limite supérieure de la tumeur. Les parois du sac, surtout en avant, étaient solides, épaisses et enveloppées par une couche transparente du péritoine. Le sac communiquait directement avec l'aorte par une ouverture longue et large, à bords arrondis. Il contenait beaucoup de caillots : ceux qui étaient près de l'aorte étaient noirâtres ; ils étaient denses, lamelleux, d'une couleur grise. Les plus grosses branches de l'artère mésentérique étaient faciles à reconnaître ; à l'extrémité saillante du sac, elles étaient béantes et perméables à une sonde qui, de ce point, pénétrait dans l'aorte à travers les caillots peu consistants. Les poumons étaient remplis de tubercules et de cavernes. »

Dans l'autre observation de M. Wilson, et dans un fait signalé par M. Lenoir, il n'est guère question que des lésions anatomiques, l'affection n'ayant point, pendant la vie, pu être reconnue par le médecin. Dans le cas de M. Wilson, il y eut un *ictère très intense*, à la production duquel l'anévrysme de l'aorte mésentérique n'était peut être pas étranger. Cependant on ne constata point la compression des conduits biliaires, auxquels la tumeur était simplement accolée.

Traitement. Dans l'état actuel de la science, il est impossible d'indiquer rien de particulier pour le traitement des anévrysmes dont il vient d'être question. En attendant que l'observation vienne nous éclairer à cet égard, disons que le traitement exposé à l'occasion des anévrysmes de l'aorte s'applique à ceux dont nous parlons, et qu'il faut d'autant plus insister sur les moyens actifs, que la dilatation de ces artères secondaires ne présentant pas d'abord la même gravité que celle de l'aorte, on aura plus de motifs d'espérer une guérison radicale. Ainsi les *saignées locales et générales*, l'*acétate de plomb*, la *digitale*, les *applications froides*, en un mot tous les moyens indiqués à l'article *Anévrysme de l'aorte*, doivent être mis en usage avec persévérance.

ARTICLE IV.

OBLITÉRATION, ULCÉRATION, RUPTURE DES ARTÈRES SECONDAIRES.

Les lésions dont il va être question sont moins importantes encore que celles du même genre qui ont été décrites dans l'histoire des maladies de l'aorte; aussi me suffira-t-il de les indiquer rapidement.

J'ai déjà, à l'article *Artérite*, parlé des *oblitérations* que l'inflammation détermine dans les artères. Le même effet peut résulter de la présence d'un anévrysme voisin d'une tumeur quelconque et dont l'action se fait sentir sur le tronc artériel: c'est ainsi qu'on a vu le tronc cœliaque, l'artère mésentérique supérieure, etc., oblitérés dans une assez grande étendue aux environs d'un anévrysme de l'aorte; mais il est inutile d'insister plus longuement sur cette lésion, qui, dans les cas dont il s'agit, est évidemment secondaire.

L'*ulcération* des artères d'un petit calibre peut-elle, comme celle de l'aorte, se produire dans l'intérieur du vaisseau, ou bien n'est-elle jamais que la conséquence des lésions du tissu des organes voisins? Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que les exemples cités par les auteurs sont relatifs à cette dernière forme de l'ulcération, et qu'on n'a pas rapporté un seul cas d'érosion d'une petite artère qui soit évidemment idiopathique, s'il est permis de s'exprimer ainsi. On a vu des ulcérations de l'estomac, des cancers du foie, de l'intestin, donner lieu, par leur extension, à l'ulcération des vaisseaux, de manière à produire des hémorrhagies foudroyantes; mais ce n'est là évidemment qu'un accident de la maladie organique, et par conséquent c'est dans la description de cette maladie elle-même qu'il faudra en parler.

En terminant la description des maladies des artères, dont j'ai écarté les explications purement théoriques, je ne peux m'empêcher de faire remarquer la pénurie de la science sur les points les plus importants de leur histoire. Je pense, en effet qu'il est bon de signaler les grandes lacunes qu'elle présente encore, afin que les observateurs fixent leur attention sur ce sujet capital.

SECTION TROISIÈME.

MALADIES DES VEINES.

Le système veineux nous présente un bien moins grand nombre de maladies à étudier. Il n'est guère parmi elles que la phlébite qui ait un intérêt réel pour le praticien, et sur laquelle on ait fait des recherches importantes. Toutes ces lésions si graves de l'aorte que nous avons passées en revue : les incrustations osseuses, cartilagineuses; les dépôts de matière athéromateuse, etc., ne se retrouvent plus dans les veines; ou du moins, si on les a rencontrées quelquefois dans l'artère pulmonaire, qui par la nature du sang qu'elle contient doit être rangée, en patho-

logie, parmi les veines, elles n'y ont été observées que très rarement, et n'ont rien présenté qui doive nous arrêter. Je ne dirai donc que quelques mots des affections étrangères à la phlébite, maladie dont je donnerai, au contraire, une description détaillée.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Les recherches sont encore très peu nombreuses sur les affections propres à l'artère pulmonaire et à ses divisions. Cependant on en a récemment cité quelques observations intéressantes, dont je vais donner une indication rapide.

ARTICLE I.

COAGULATION DU SANG DANS L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Dans ces dernières années, plusieurs cas se sont présentés dans lesquels on n'a trouvé, pour expliquer la mort, qu'une coagulation du sang, obstruant l'artère pulmonaire et ses divisions de manière à s'opposer à la circulation dans les poumons, et par suite à déterminer l'asphyxie (1). M. C. Baron (2) les a réunis à peu près tous dans un mémoire où les symptômes sont exposés de la manière suivante :

Au moment de l'invasion, les malades étaient en proie à une autre affection ou en convalescence ; mais on n'a pas pu trouver de cause évidente de l'accident qui les a emportés. La plupart éprouvèrent subitement une grande dyspnée avec douleur dans la poitrine, oppression, congestion de la face, syncopes plus ou moins fréquentes, en un mot les symptômes d'une véritable asphyxie. De plus, dans les cas où la maladie dura quelque temps, on constata la tuméfaction des jugulaires, la faiblesse, la petitesse extrême du pouls, la violence des battements du cœur, et tout cela sans que l'auscultation et la percussion fissent découvrir des signes caractéristiques d'une affection particulière. En outre, on a observé quelquefois des symptômes, qui ne sont pas aussi directement liés à l'affection qui nous occupe : ainsi l'anorexie, quelques frissons avec des alternatives de chaleur, et un état de malaise général.

Dans presque tous les cas, la maladie s'est terminée en quelques heures par la mort ; dans aucun, elle ne s'est prolongée au delà de deux jours. Chez un sujet observé par M. Louis à la Pitié, la maladie ayant marché un peu plus lentement qu'à l'ordinaire, on a noté de l'œdème aux membres inférieurs, et des plaques violettes sur différents points de la peau, qui annonçaient la difficulté de la circulation veineuse. La maladie s'est toujours *terminée* par la mort. Dans les derniers moments, l'agitation devenait plus grande, la respiration s'accélérait au point de

(1) Voy. Ollivier d'Angers, *Arch. de méd.*, 1833. — Ormerod, *The Lancet*, mai 1847.
(2) *Rech. et obs. sur la coagul. du sang dans l'art. pulm. et sur ses effets* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1838, t. II, p. 1 et suiv.).

dépasser quarante inspirations par minute; quelquefois il survenait du râle trachéal qui annonçait une mort prochaine.

Pour mieux faire saisir la marche de la maladie, je vais donner ici un extrait d'une observation remarquable recueillie par M. Lediberder dans le service de M. Louis, à la Pitié :

« Après avoir éprouvé une douleur dans les reins, la malade se plaignit d'une violente dyspnée; la respiration était haute, très gênée; les battements du cœur étaient très violents, très accélérés. Bientôt il survint une syncope qui dura trois minutes, et pendant laquelle il y eut une évacuation alvine involontaire. Cette syncope se dissipa spontanément : pendant quelques instants, la malade se trouva un peu mieux, les palpitations se calmèrent, mais la dyspnée persista et bientôt augmenta notablement. Des douleurs de ventre survinrent, tout le corps pâlit et se couvrit d'une sueur froide, et dans ce même moment l'agitation devint extrême. La respiration devint suspirieuse, et, vers dix heures du soir, la malade expira sans agonie ni convulsions. »

A l'autopsie, on a trouvé tantôt le tronc seul de l'artère pulmonaire, et tantôt toutes ses divisions remplies de caillots plus ou moins fermes, adhérents, parfois entièrement noirs, parfois déjà passés à cet état qui constitue les polypes sanguins. Ces caillots, d'après les recherches de M. Baron, commencent à se former dans les ramifications de l'artère, et gagnent ensuite les grosses divisions. Quant aux parois artérielles, elles ne présentaient de bien remarquable que l'état de leur membrane interne au point d'adhérence des caillots; là, en effet, cette membrane se confondait avec la surface du coagulum, ou bien avec une membrane mince qui le recouvrait.

Dans un cas observé par M. Hélie (1), la membrane interne de l'artère pulmonaire présentait çà et là de petites tâches blanchâtres qui paraissaient avoir leur siége dans l'épaisseur de la membrane sous-jacente, et au niveau desquelles avaient lieu principalement les adhérences. Ces taches, dont la description est incomplète, semblent être de la même nature que celles qu'on trouve dans l'intérieur de l'aorte.

Il est facile, d'après l'état de l'artère pulmonaire, d'expliquer tous les symptômes qu'on a observés pendant la vie. Les principaux sont dus à la difficulté ou même à l'impossibilité de l'hématose, et la stase du sang veineux rend compte des autres. Quant à la *marche* de la maladie, elle est sous la dépendance : 1° de la rapidité avec laquelle se produit la coagulation; 2° de la grande étendue du poumon, qui se trouve, en un moment donné, soustraite à l'action de l'air. Ainsi, on conçoit très bien que la coagulation dans le tronc principal de l'artère cause la mort la plus rapide, puisque, par suite de cette obstruction, les fonctions des deux poumons sont entièrement suspendues.

Maintenant pouvons-nous dire si cette maladie est due à une inflammation véritable de l'artère pulmonaire, ou si la coagulation du sang se fait sous une autre influence? Les cas que nous possédons sont trop peu nombreux pour que nous puissions nous prononcer sur ce point d'une manière bien positive. Cependant

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1839.

l'existence des adhérences tend à prouver que l'inflammation n'est pas étrangère à cette lésion.

J'ai dit que les malades avaient rapidement succombé : il en résulte que le *traitement* n'a point eu d'influence notable sur la maladie. Les moyens qu'on a employés sont : la *saignée*, la *digitale*, les *topiques* révulsifs et dérivatifs, l'*éther*, mais sans aucun succès. Il n'y a eu dans les symptômes aucune amélioration qu'on pût raisonnablement leur attribuer. Tout reste donc à faire sur ce point, et le médecin devra prendre conseil des circonstances. Il attaquera par les moyens les plus convenables les divers symptômes qui se présenteront, et toujours avec énergie, puisque l'affection a une si grande gravité. On peut penser que les *vomitifs répétés* pourraient avoir une influence favorable, et l'on devra les essayer en pareil cas.

ARTICLE II.

DILATATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Je ne dirai que très peu de mots de cette lésion, qui ne constitue pas une affection isolée, et sur laquelle les recherches sont peu nombreuses et peu précises.

Nous avons vu, à l'article *Communication anormale des cavités du cœur*, que la dilatation de l'artère pulmonaire pouvait être portée à un assez haut degré, et j'ai fait surtout remarquer le cas observé par M. Deguise, où l'on a constaté l'existence d'un bruit anormal suivant le trajet de cette artère.

La dilatation de ce vaisseau se rencontre aussi dans les cas d'hypertrophie du ventricule droit. Alors, quoique rarement, l'artère a présenté des incrustations osseuses et cartilagineuses semblables à celles de l'aorte. Il est fort possible qu'en pareil cas on puisse, par une exploration attentive, parvenir à constater un bruit anormal, comme dans celui que je viens de citer ; mais des recherches suffisantes n'ont pas été faites à cet égard. Il suffit donc de signaler le fait aux observateurs. Du reste, il n'y a rien à dire de particulier sur le *traitement* de cette lésion, et c'est pourquoi je passe outre sans plus de détails.

ARTICLE III.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.

Cette lésion, presque toujours congénitale, n'est remarquable que parce que, gênant beaucoup la circulation, elle donne souvent lieu à la *cyanose*. Il est toutefois à remarquer que le plus souvent le rétrécissement de l'artère pulmonaire, quand il est considérable, existe en même temps que les communications anormales des cavités du cœur. En sorte que, en pareil cas, la cyanose a plusieurs causes déterminantes. Je n'entrerai pas dans de grands détails sur cette altération tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et contre laquelle nous ne pouvons employer que des palliatifs consistant principalement dans les déplétions sanguines.

On trouve dans un article intéressant de M. David Craigie (1) une étude attentive de la lésion et de ses effets. En voici les principaux résultats :

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1843.

Cet auteur reconnaît trois formes de lésions qui donnent lieu à cette affection : 1° rétrécissement excessif de son calibre ; 2° obstruction complète de sa cavité ; 3° occlusion plus ou moins parfaite par réunion ou adhérence réciproque de ses valvules. Les deux premières sont regardées comme congénitales. Quant à la troisième, est-elle antérieure à la naissance ou est-elle survenue postérieurement par un processus pathologique ? C'est une question difficile à décider.

M. Craigie cite un exemple fort intéressant de la deuxième forme observé chez un sujet âgé de dix-neuf ans, et qui avait présenté, dès son enfance, une cyanose évidente avec dyspnée habituelle.

On comprend difficilement comment la vie peut se maintenir aussi longtemps avec de semblables lésions.

Je me contente de rapprocher de ces faits un cas de *transposition* qui a permis à l'enfant de vivre assez longtemps. M. le docteur Walshe (1) a observé, chez un enfant qui a vécu dix mois, une cyanose résultant de la *transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire*.

CHAPITRE II.

MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX EN GÉNÉRAL.

On ne trouve dans les auteurs anciens qu'un très petit nombre d'observations des maladies des veines. Morgagni lui-même ne cite que quelques exemples de lésions trouvées dans le système veineux. Cependant il avait remarqué l'existence des caillots dans différentes veines, mais sans y attacher une grande importance. Dans ces dernières années, on a fait des recherches multipliées sur les maladies de ces vaisseaux, et principalement de la phlébite, qui a été le sujet d'un nombre considérable de mémoires d'une grande valeur (2).

C'était à peine si l'on avait examiné l'état des veines dans une affection qui cependant présente des lésions remarquables de ces vaisseaux, la *phlegmatia alba dolens*, lorsque MM. Breschet (3), Velpeau, Maréchal, Eugène Legallois, Cruveilhier (4), Dance, Blandin, Sédillot (5), etc., ont fait de la phlébite l'objet de leurs études. Dès ce moment, les faits se sont accumulés, et aujourd'hui on possède un nombre considérable d'observations sur cette affection, qui est une des plus graves du cadre nosologique.

ARTICLE I.

PHLÉBITE.

La phébite est une des maladies les plus difficiles à décrire, non qu'elle présente,

(1) *Med. chir. Trans.* London, 1843 (*Traité des malad. des artères et des veines*).

(2) Raciborski, *Hist. des découv. relatives au système veineux, sous le rapport anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1841, t. IX, p. 447 à 634).

(3) *Notes ajoutées à la traduction d'Hodgson.*

(4) *Anat. pathol. du corps humain*, avec planches coloriées, t. I, XIe livrais. in-fol.

(5) *De l'infection purulente, ou pyoémie.* Paris, 1849.

ce qu'elle est réduite à son état de simplicité, plus d'obscurité que toute autre, mais parce que, à une certaine époque de son cours, il survient des accidents si nombreux, si variés, des lésions si diverses, et interprétées d'une manière si différente par les auteurs, qu'on se trouve arrêté à chaque pas lorsqu'on veut apprécier rigoureusement la valeur des symptômes qui lui ont été assignés et la manière dont ils se sont produits. Dans cet article, mettant à contribution les principales observations, et recherchant avec soin ce qu'elles ont offert de remarquable, je tâcherai de présenter séparément, et de manière à en rendre la conception plus facile, les symptômes propres à la phlébite elle-même et ceux qui résultent de l'altération du sang, si souvent produite par cette maladie. Un grand écueil à éviter dans un ouvrage pratique, c'est de se laisser entraîner par les théories auxquelles ce sujet épineux a donné lieu; et, d'un autre côté, on ne peut avoir une intelligence suffisante des faits sans examiner avec quelque soin les diverses interprétations dont ils ont été l'objet, sans rechercher l'enchaînement des phénomènes morbides. Je ferai donc connaître les principales opinions, mais je n'y insisterai pas longuement, et je me contenterai d'indiquer ce qui sera absolument nécessaire pour faire connaître l'état actuel de la science.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La phlébite est, dans son expression la plus simple, l'inflammation des veines; mais cette affection peut donner lieu à des accidents qui dépassent les limites du système veineux, et alors, comme on le verra plus tard, cette définition n'est pas complète. Bornons-nous ici à signaler son insuffisance.

Le nom de *phlébite* a été donné à cette maladie par G. Breschet. On aurait tort de croire qu'il est synonyme des mots *infection purulente*, *résorption*, *fièvre purulente*; car ces derniers états morbides, qui sont une conséquence de la phlébite, n'ont pas toujours besoin, pour se développer, de l'inflammation des veines qui, de son côté, peut fort bien exister sans eux.

Quoique l'on n'ait rien de très précis sur la *fréquence* de cette affection, on peut dire, d'une manière générale, qu'elle se présente assez souvent à l'observation; mais si l'on a égard aux causes extrêmement nombreuses qui peuvent la produire, et à la fréquence très grande de ces causes, on reconnaîtra que, d'une manière relative, la fréquence de la phlébite est peu considérable.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons rien de précis sur les causes prédisposantes de la phlébite. Relativement à l'*âge*, on ne trouve aucun renseignement positif, car il faudrait des observations nombreuses pour savoir si les causes occasionnelles de la phlébite ont une influence plus grande à une époque de la vie qu'à une autre. Il est inutile de dire qu'une certaine espèce de phlébite, la *phlébite utérine*, est plus commune dans la jeunesse; étant, en effet, produite principalement par l'accouchement, elle ne peut se manifester que chez les femmes qui n'ont point encore passé l'âge où la fécondation a lieu. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'influence du *sexe*.

Quant à la *constitution*, les observations sont pour la plupart muettes à cet égard.

Chez les sujets qui ont éprouvé une phlébite à la suite d'une opération, souvent la constitution était débilitée ; mais c'était là un état acquis et non congénital.

Doit-on placer parmi les causes prédisposantes certaines circonstances extérieures, comme le *mauvais air*, l'*encombrement des salles d'hôpitaux*, etc.? Avant de répondre à cette question, il faut faire une distinction. Si l'on veut parler de l'infection purulente qui suit la phlébite, il n'est pas douteux que cette cause ne soit très puissante ; mais quant à la phlébite elle-même, il est loin d'être démontré qu'elle soit sous l'influence de ces agents extérieurs. Il est en effet très rare, comme l'a remarqué M. Cruveilhier, que les grandes opérations et certaines plaies ne déterminent pas un certain degré de phlébite ; mais cette phlébite reste bornée à un point peu étendu, et n'a pas d'action très marquée sur le reste de l'organisme. Il faut en dire autant de ces *épidémies* qu'on voit par intervalles se montrer principalement dans les hôpitaux, et surtout dans les hospices d'accouchements ; c'est l'infection purulente qui prend alors la forme épidémique.

2° Causes occasionnelles.

Si l'on éprouve de l'embarras à assigner des causes prédisposantes à la phlébite, il n'en est plus de même quand il s'agit des causes occasionnelles. Ici, en effet, elles sont évidentes, et les symptômes de l'affection suivent si bien la cause qui l'a produite, qu'on ne peut avoir aucun doute à cet égard.

Tout le monde sait qu'à la suite d'une *saignée*, et souvent sans qu'on puisse trouver dans cette petite opération aucune particularité qui explique les accidents qu'elle fait naître, on voit survenir une inflammation qui, occupant d'abord le point blessé, se propage plus ou moins loin le long du canal veineux. La cause est alors très évidente. Toutes les lésions qui portent sur une veine, comme la *section*, l'*excision*, la *ligature*, la *compression*, la *distension*, la *contusion*, le *déchirement* de ces vaisseaux, peuvent produire les mêmes effets que la saignée.

La cause n'est pas moins évidente lorsqu'une *plaie* venant à s'enflammer, on voit autour d'elle des cordons veineux participer à cette inflammation. C'est souvent dans les plaies des *grandes opérations* que cet accident a lieu ; mais on le retrouve dans des plaies souvent très peu importantes. Ainsi une petite incision à un doigt de la main ou du pied, une simple piqûre, suffiront pour produire cette redoutable maladie. Le danger est beaucoup plus grand si la plaie a été faite avec un instrument chargé de *matières septiques ;* ainsi les *blessures anatomiques* produisent, comme on le sait, des phlébites très graves.

M. Kinsbourg (1) a cité un cas fort intéressant, recueilli dans le service de M. Schützenberger, et qui prouve que l'infection purulente peut avoir pour cause une phlébite spontanée. L'infection purulente fut annoncée par une fièvre intense, une otorrhée purulente, un érysipèle phlegmoneux et une teinte jaune ictérique de la peau.

Après l'*accouchement*, l'intérieur de l'utérus peut être comparé, comme il l'a été, à la surface d'une plaie produite par une grande opération ; aussi la phlébite s'empare-t-elle assez fréquemment des gros canaux veineux qui viennent s'ouvrir à cette

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1849.

surface, et c'est là une des causes de la fièvre puerpérale, mais non la seule, comme on l'avait cru il y a quelques années.

Une autre espèce de lésion qui, d'après les recherches des modernes, produit facilement la phlébite, c'est la *solution de continuité des os*, surtout lorsqu'une plaie des parties molles la fait communiquer avec l'air extérieur. Alors les veines contenues dans les canaux osseux s'enflamment comme les veines externes, et il en résulte ordinairement les accidents de l'infection purulente qui seront décrits plus loin.

Dans certaines *affections chroniques*, et notamment dans les *cancers*, on observe quelquefois le développement d'une phlébite. Presque toujours alors il survient, dans le tissu morbide, une inflammation qui se communique aux veines environnantes. J'aurai occasion de parler de ces accidents quand le moment sera venu de donner la description de ces maladies en particulier.

Dans quelques cas on n'a pas, pour expliquer la production de la phlébite, une cause comme une plaie, la parturition ou une fracture, et cependant le point de départ de l'affection est encore évident. On voit, par exemple, un *érysipèle phlegmoneux ou non* donner naissance à cette maladie, qui s'empare d'abord des veines entourées par l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire. Dans une espèce de phlébite particulière qui n'a point fixé suffisamment l'attention des auteurs, l'*inflammation de la veine dorsale du pénis*, la cause se trouve dans la phlegmasie d'une muqueuse, puisqu'on n'observe cette affection que chez les sujets atteints de blennorrhagie.

Enfin, dans certains cas, la cause de la phlébite est obscure comme dans toutes les affections qui se développent spontanément. On voit chez quelques sujets une inflammation d'un gros rameau veineux se produire hors de toutes les circonstances qui viennent d'être énumérées, et ordinairement les cas de ce genre sont les moins graves.

§ III. — Symptômes.

Pour les causes, il était inutile d'établir une distinction entre la phlébite simple et la phlébite compliquée d'infection purulente; celle-ci, n'étant en effet qu'une conséquence de la première, a primitivement les mêmes causes, quoique son développement exige, dans quelques cas du moins, des conditions particulières. Il n'en est pas de même quand il s'agit des symptômes. Lorsqu'une phlébite reste à l'état de simplicité, elle ne détermine guère que des symptômes locaux faciles à apprécier, et qui n'ont en général qu'une intensité médiocre. Lorsque, au contraire, elle est suivie d'infection purulente, il se développe une série de symptômes très graves qui méritent une description particulière. Je vais étudier séparément ces deux états, d'une gravité si différente.

1° *Phlébite simple.* Cette affection a reçu de M. Cruveilhier le nom de *phlébite adhésive*, parce qu'un des premiers effets de l'inflammation est de déterminer la formation de caillots qui se solidifient ensuite, adhèrent plus ou moins fortement, et convertissent le vaisseau en cordon imperméable. On peut conserver cette dénomination, dont la valeur est aujourd'hui bien connue. Toutefois il faut faire remarquer que l'adhésion qui a lieu dans cette phlébite peut n'être que momentanée; que l'on voit souvent, au bout d'un certain temps, le vaisseau reprendre sa sou-

plesse et sa perméabilité, et que par conséquent il ne faut pas entendre par ce mot, *phlébite adhésive*, une inflammation qui déterminerait l'adhésion intime des parois vasculaires.

Cette espèce de phlébite, dont nous ne possédons qu'un nombre restreint d'observations, parce qu'on s'est attaché principalement à observer les cas d'infection purulente, se manifeste d'abord par une *douleur* sourde, occupant une plus ou moins grande étendue de la branche veineuse affectée, et augmentant par la pression. Bientôt il se joint à cette douleur un *gonflement* peu résistant des parties environnantes, et peu après une dureté marquée du vaisseau enflammé. Celui-ci se présente sous la forme d'un cordon dur, noueux, plus volumineux que la veine à l'état normal. Lorsque l'inflammation occupe une veine superficielle, on aperçoit au-dessous de la peau des *bosselures*, des nodosités plus ou moins rapprochées, et souvent (surtout si la phlébite est due à une blessure de la veine) on voit, le long du cordon noueux, une *rougeur* légère; mais cette rougeur est beaucoup moins remarquable que celle qu'on observe dans la lymphangite : différence importante sur laquelle je reviendrai plus tard. Enfin, lorsque la veine est située au-dessus d'une artère volumineuse, elle peut, par suite de sa tuméfaction et du gonflement environnant, masquer complétement les pulsations artérielles.

Tels sont les *signes locaux* auxquels on reconnaît la phlébite. J'ajoute que lorsqu'il y a une *plaie* à la veine, on en trouve les bords enflammés, béants, donnant issue à un pus ordinairement mal lié, et que les mouvements, les efforts, les contractions musculaires dans la partie blessée, tendent à augmenter les accidents.

Quant aux *signes généraux*, ils sont d'une intensité variable. Ainsi, tandis que dans certains cas, on trouve un *mouvement fébrile* léger, un trouble peu notable des *fonctions digestives*, à peine un peu d'*agitation*, et point de phénomènes cérébraux marqués, et que, dans des cas où la veine enflammée est de peu d'importance, comme la veine dorsale de la verge, il n'y a aucun symptôme général; dans d'autres, bien que la phlébite n'ait encore déterminé aucun symptôme d'infection purulente, et notamment dans ceux qui sont produits par une lésion de la veine, on voit survenir des accidents généraux très graves. La *fièvre* s'allume; le pouls fort et fréquent, la chaleur de la peau, l'agitation, l'insomnie, la perte de l'appétit, donnent à l'affection un aspect de gravité inquiétant. En même temps les douleurs du membre sont vives, le gonflement devient considérable, et les phénomènes locaux sont en rapport avec les symptômes généraux. On a cité des exemples de ce genre, bien que la phlébite n'eût point perdu son caractère de phlébite simple ou adhésive. Toutefois, il faut le dire, ces symptômes appartiennent principalement à la phlébite suppurative, dont je vais donner la description.

2° *Phlébite suppurative*. Celle-ci, beaucoup plus fréquente que la précédente, s'observe principalement dans les cas où les veines ont été lésées par une plaie ou envahies par une inflammation voisine.

La *douleur* est, dans ces cas, beaucoup plus vive que dans la phlébite simple ou adhésive; le *gonflement* douloureux occupe les environs de la plaie, il empêche souvent de constater la présence du cordon dur formé par la veine enflammée; les mouvements du membre affecté sont difficiles ou même impossibles; la *réaction fébrile*, dont il a été question plus haut, se déclare avec intensité, et au bout d'un

temps qui n'a pas été déterminé, les signes de la suppuration se manifestent le long du trajet du vaisseau.

Tantôt, comme à la suite de la saignée, on voit un *abcès* se former aux environs de la piqûre, et s'étendre plus ou moins loin ; tantôt, sur les côtés de la veine enflammée, se montrent des *noyaux*, d'abord durs, mais où la fluctuation se fait bientôt reconnaître ; en un mot, les points occupés par la suppuration sont variables, mais toujours voisins du vaisseau. On a vu des cas, et M. Cruveilhier (1) en a cité un exemple remarquable, où l'intérieur de la veine est lui-même le centre du foyer purulent. Chez une femme, la fluctuation s'étant manifestée dans un point du sein où venait se rendre une veine dilatée, M. Cruveilhier fit l'ouverture de l'abcès, et à mesure qu'il en vit sortir le pus, il vit la veine se vider, s'affaisser et cesser d'être apparente.

Quoique ces cas de phlébite suppurative soient ceux qui exposent le plus le malade à l'infection purulente dont il va être question, on voit, dans un certain nombre de cas, l'affection s'arrêter, et les symptômes de suppuration ne pas sortir des limites primitivement occupées par la maladie. Lorsqu'il en est ainsi, les symptômes de réaction fébrile sont dus à la violence de l'inflammation, et si déjà à cette époque il existe une certaine altération du sang, elle ne diffère pas de celle qu'on a observée dans les autres maladies fébriles.

3° *Infection purulente.* Mais nous arrivons maintenant à une question bien plus difficile à résoudre. L'infection purulente a été très diversement interprétée par les auteurs, et de nombreuses discussions se sont élevées sur ce point obscur. Je vais donner un aperçu de l'état de la question ; mais, je le répète, mon intention n'est pas de la traiter à fond, ce qui me ferait sortir de mon cadre et demanderait des développements très étendus.

On a d'abord pensé, et parmi les auteurs qui ont partagé cette opinion il faut placer en première ligne MM. Velpeau et Maréchal, que dans une veine où se formait ainsi le pus, le transport de ce liquide vers les parties centrales avait lieu inévitablement, et que le sang, cherchant à se débarrasser d'une substance étrangère, la déposait ensuite sur son passage dans les divers organes. Ainsi on expliquait les accidents variés et les lésions diverses qui suivent la phlébite suppurative. Plus tard, et parmi ceux qui ont défendu cette manière de voir se placent MM. Cruveilhier, Blandin, Dance, etc., on a admis que quelques parties du pus sont, en effet, transportées dans le torrent circulatoire ; et qu'ensuite, arrivant soit dans les organes parenchymateux, soit dans le tissu cellulaire, les molécules étrangères ne s'y déposent pas simplement, mais déterminent dans ces parties une inflammation nouvelle qui a une très grande tendance à la suppuration.

Ces opinions ont été vivement combattues par M. P. Tessier, qui d'abord dans sa thèse, et plus tard dans plusieurs journaux (2), a rassemblé un nombre considérable de faits pour démontrer l'impossibilité de ce transport du pus, du point primitivement lésé vers les parties secondairement enflammées. Il s'est fondé principalement sur ce que, un des premiers, sinon le premier effet de la phlébite est de déterminer la formation d'un caillot qui circonscrit le foyer purulent, arrête le

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. PHLÉBITE. — *Anat. pathol.*, XI° livrais.

(2) Voy. l'*Expérience*, t. II, *passim*, et t. VIII ; et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1840, t. VI, p. 11.

cours du sang, et par conséquent ne permet pas au pus de se porter au delà du point où il s'est formé. Il a en outre cité un bon nombre de cas dans lesquels on a vu des abcès multiples avec tous les symptômes assignés à l'infection purulente, sans qu'on ait trouvé aucune trace de phlébite.

M. Ph. Bérard (1) s'est attaché à réfuter l'opinion de M. Tessier. Selon lui, il est certain que le pus ne peut point être absorbé par les parois d'un foyer purulent, et transporté en nature dans le torrent circulatoire, comme quelques auteurs l'avaient pensé. Mais on conçoit facilement le transport des molécules purulentes dans l'intérieur d'une veine : 1° parce qu'il n'est point démontré que quelques unes de ces molécules n'aient point été formées et transportées avant la formation des caillots ; 2° parce qu'il existe des milliers de veines collatérales qui, ouvertes au sang, peuvent offrir un passage au pus suspendu dans ce liquide. M. Bérard cite à l'appui de cette manière de voir un fait rapporté par M. Velpeau (2), qui a vu manifestement du pus mêlé au sang jusque dans l'oreillette et le ventricule droit. Quant aux cas dans lesquels on n'a point trouvé de phlébite chez des sujets morts avec tous les accidents de la phlébite purulente, voici comment M. Bérard cherche à lever la difficulté : « On a fait une objection plus importante contre la doctrine que je soutiens ici ; on a dit (et je l'ai constaté moi-même) que les symptômes de l'infection purulente et les abcès métastatiques ont été rencontrés chez des sujets qui n'avaient offert aucune trace de phlébite après leur mort. Je répondrai d'abord que ces cas ne se présentent pas souvent aux anatomistes qui font des recherches patientes en procédant aux autopsies des cadavres, et j'ajouterai que, dans les cas mêmes où l'on n'a rien trouvé d'après une dissection attentive, il y avait eu néanmoins sécrétion du pus dans quelques veinules. » Toutefois M. Bérard reconnaît lui-même que ce n'est pas là une preuve directe ; aussi a-t-il recours ensuite à un ordre de faits différents pour mettre hors de doute la vérité du fait qu'il avance. Quelle que soit la valeur de cette argumentation, il n'en est pas moins certain que, dans les observations de M. Tessier, il en est quelques unes où la formation d'abcès très nombreux se succédant sans interruption, et souvent pendant un assez long espace de temps, ne peut nullement s'expliquer par l'inflammation des veines.

En somme, faut-il, dans quelques cas du moins, admettre cette diathèse purulente qui, selon M. Tessier, peut seule rendre compte de cette suppuration ? Faut-il, avec M. Bérard, attribuer toujours les accidents à l'altération du sang causée par la sécrétion du pus dans la cavité des veines et au mélange de cette matière avec le sang ? Faut-il, avec Félix d'Arcet (3), regarder cette infection comme une conséquence de la décomposition du pus par l'oxygène dans les voies respiratoires ? C'est ce que je ne discuterai point ici, parce que ces questions n'ont point une importance pratique aussi grande qu'on l'a pensé. Il est à désirer sans doute qu'une analyse rigoureuse des faits vienne remplacer sur beaucoup de points les assertions contradictoires des auteurs, mais c'est une tâche que je ne dois

(1) *Dict. de méd.*, t. XXVI, art. Pus.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1827, t. XIV, p. 502.

(3) *Rech. sur les abcès multiples*. Paris, 1842. — H. de Castelnau et Ducrest, *Rech. sur les cas dans lesquels on observe des abcès multiples* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1846, t. XII, p. 1 à 151).

pas m'imposer ; car, je le répète, il ne saurait en résulter pour nous de grands avantages.

Je me contenterai d'une simple remarque relative à la phlébite dont il est ici question. L'importance de l'inflammation des veines dans l'infection purulente a été niée d'une manière beaucoup trop absolue par M. Tessier. Il suffit, en effet, de faire observer, avec M. Bérard, la succession des phénomènes locaux et des phénomènes généraux de la phlébite, dans des cas tout particuliers, pour qu'on ne puisse pas douter que l'infection purulente ne soit une simple conséquence de l'inflammation des veines. Lorsqu'en effet on voit, comme l'a dit M. Bérard, un homme se faire pratiquer, au milieu d'une santé parfaite, une saignée de précaution, et qu'immédiatement après, en l'absence de toutes les causes prédisposantes indiquées par les auteurs, il survient une inflammation locale suivie elle-même des phénomènes généraux qui vont être décrits, on ne saurait s'empêcher d'admettre une relation de cause à effet si évidente.

Après avoir ainsi exposé succinctement les principales opinions soutenues par les auteurs, je vais tracer le tableau de l'infection purulente.

Début. On s'accorde généralement à dire que le premier symptôme du début est un *frisson violent* et ordinairement prolongé. Malheureusement, les observations sont très souvent muettes à ce sujet, puisque sur vingt-cinq cas empruntés à différents auteurs, huit fois seulement il est question de ce symptôme, qui aurait dû si fortement fixer leur attention. L'observation a donc encore beaucoup à faire sur ce point. Les frissons se répètent plus ou moins souvent à des intervalles variables, et ils alternent avec une chaleur marquée qui bientôt devient continue. En même temps on remarque dans la plaie des changements notables. Si c'est une plaie résultant d'une grande opération ou un abcès phlegmoneux, les chairs deviennent molles et flasques, le pus est séreux, fétide, peu abondant ; et si, comme dans les amputations, un os est compris dans la plaie, son extrémité se mortifie. Mais je n'insiste pas sur ces détails, parce qu'ils appartiennent principalement à la chirurgie. Chez les femmes en couches, *les lochies* se suppriment et la sécrétion laiteuse s'arrête, comme je le rappellerai à l'article *Fièvre puerpérale*. Tels sont les signes qui annoncent que la masse du sang commence à subir l'infection purulente.

Symptômes. La *chaleur*, après plusieurs alternatives, devient intense. Dans un petit nombre des cas que j'ai sous les yeux, les *sueurs* ont été mentionnées ; deux sujets en avaient d'abondantes ; elles étaient froides chez l'un d'eux.

La *perte de l'appétit*, la rougeur, la sécheresse de la *langue*, les enduits de couleur diverse, la fuliginosité des dents, parfois des *vomissements*, la *diarrhée* plus fréquente vers les derniers temps de la maladie, des selles fétides, nombreuses, involontaires, quelquefois le ballonnement du ventre, tels sont les phénomènes qu'on observe du côté des *voies digestives*. Malheureusement encore, ils n'ont été recherchés que dans un petit nombre de cas, et, quoiqu'ils paraissent liés intimement à la maladie, on ne peut en apprécier rigoureusement la valeur.

Du côté du *système nerveux*, on a noté l'*agitation* très violente dans certains cas, le *délire* qui chez cinq sujets était très remarquable, et surtout un *affaissement*, une *dépression des forces* qui chez plus de la moitié des sujets a été, dès le début de

l'infection purulente, un des phénomènes les plus remarquables de la maladie. Un seul fut pris, quelques jours avant la mort, d'un *coma* profond.

Nous verrons, dans la description des lésions anatomiques, qu'on trouve ordinairement, chez les sujets qui ont succombé, des abcès dans les principaux organes parenchymateux. Il semble donc que pendant la vie l'attention des observateurs aurait dû être dirigée sur l'état de ces organes; mais on voit que, dans le plus grand nombre des cas, il est passé entièrement sous silence. Ainsi, nous ne trouvons, dans les observations, rien de relatif à la *percussion* et à l'*auscultation*, si ce n'est dans trois cas observés par MM. Tessier, Rochoux et Fallot (de Namur), où l'on trouva dans les poumons du *râle crépitant et sous-crépitant*, et dans un autre recueilli par Dance (1), où il existait, en arrière et à la partie inférieure de la poitrine, moins de *sonorité* à la percussion que dans l'état naturel. Quant aux autres symptômes dont le siége se trouvait dans les voies respiratoires, il faut remarquer la *toux*, notable seulement chez quatre sujets, et l'*expectoration*, qui n'a été que fort rarement mentionnée. Il y eut des crachats clairs chez un malade observé par M. Ménière (2); de couleur brune fauve chez un autre, dont l'observation a été rapportée par Dance, et enfin de véritables crachats rouillés dans un cas recueilli par M. Tessier. Faut-il en conclure que rarement on trouve des symptômes notables du côté de la poitrine? Non, sans doute; car, dans un grand nombre de cas, il est certain que la poitrine n'a pas été suffisamment explorée. Il est vrai que d'après ce que l'on a observé dans la pneumonie lobulaire, on peut penser que les signes physiques doivent être peu notables; mais c'est là un fait qu'il serait bon de mettre hors de doute par l'observation directe.

L'état de la *circulation* est également passé sous silence dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois on a trouvé les battements du cœur forts et précipités. Quant au *pouls*, ce qu'il offre de plus remarquable, c'est, au début, sa fréquence, puisque dans tous les cas où on l'a noté, il a offert plus de 100 pulsations, et qu'il s'est assez fréquemment élevé à 130 et à 140. Vers la fin de la maladie, il est, au contraire, remarquable par sa petitesse et sa concentration.

Il est d'autres accidents qui ont bien plus spécialement fixé l'attention des observateurs : c'est la production d'*abcès* qui se manifestent dans un point plus éloigné du lieu occupé primitivement par la phlébite. On voit tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané, tantôt dans les articulations, se développer des tumeurs douloureuses où se fait bientôt sentir la fluctuation; l'apparition de ces abcès coïncide toujours avec une aggravation locale des symptômes généraux.

Un autre phénomène consécutif de la phlébite, et qui s'observe aussi bien dans la phlébite adhésive que dans la phlébite suppurative, est l'*œdème* des parties situées au delà du point enflammé. Cet œdème est dû à l'oblitération de la veine et à l'arrêt de la circulation. J'aurai occasion de reparler plus d'une fois de ces infiltrations. Dans l'infection purulente, on voit quelquefois apparaître un symptôme digne d'être noté, c'est l'*ophthalmie purulente*. On en voit des exemples cités dans un article intéressant de l'*Union médicale* (mardi, 22 février 1848).

Enfin, pour compléter ce tableau des symptômes, j'ajouterai qu'on remarque,

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVIII, p. 473.
(2) *Expérience*, t. II; *Mém. de M. Tessier*, chap. II, obs. 4.

dans des cas très graves, une *teinte jaune de la peau* qui a quelque analogie avec l'ictère, et à laquelle Maréchal attachait une grande importance ; que, dans quelques cas, on a trouvé les *urines fétides*, et que la *fétidité de l'haleine*, sur laquelle on a généralement insisté dans les articles généraux, n'a point attiré ordinairement l'attention des observateurs. Je ne la trouve notée qu'une seule fois par M. Fallot de Namur).

Tels sont les symptômes de la phlébite et les accidents graves qu'elle entraîne à sa suite. Comme dans toutes les descriptions qui n'ont pas pour base une analyse exacte des faits, nous trouvons encore de l'incertitude sur bien des points que j'ai cru devoir signaler à l'attention des observateurs. Disons maintenant un mot des autres espèces de phlébite admises par les auteurs.

Suivant la cause qui a produit la maladie, on a divisé la phlébite en *traumatique* et *non traumatique*. Il est impossible de dire, d'après les observations que nous possédons, dans quelle proportion ces deux espèces tendent à produire l'infection purulente. Cependant on peut avancer, d'une manière générale, que la phlébite non traumatique est plus souvent simple ou adhésive, et que par conséquent elle donne moins souvent lieu aux accidents consécutifs.

D'après le siége de l'affection, on a distingué la phlébite *utérine ;* la phlébite *des sinus de la dure-mère ; des veines cérébrales et méningées* (1); de la *veine jugulaire interne* (2), *pulmonaire ; des veines caves* (3) ; *des veines hépatiques, rénales* (4), *spléniques, hémorrhoïdales ; de la veine porte* (5), etc. Ces diverses affections présentent quelques particularités qui tiennent aux organes et aux fonctions principalement affectés; mais elles ne méritent pas une description particulière, car il est facile, d'après les connaissances anatomiques, de prévoir les symptômes qui sont propres à chacune d'elles. D'ailleurs, à propos des affections des organes qu'il nous reste à étudier, je mentionnerai les phlébites locales, qui offriront quelque intérêt spécial, par exemple la *phlébite de la veine dorsale de la verge*, dont je dirai un mot à propos des affections des parties génitales.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

D'après la description précédente, on voit que, relativement à la marche de la maladie, le cours de la phlébite doit être divisé en deux parties distinctes. D'abord se manifestent les accidents locaux. Lorsqu'ils succèdent à une grande opération ou à l'accouchement, ils s'annoncent par des symptômes intenses qui sont presque toujours des phénomènes de réaction. Ceux-ci vont en croissant, de telle sorte qu'il est souvent difficile de distinguer le passage de l'inflammation suppurative à l'infection purulente. Dans plusieurs cas même, on peut admettre que celle-ci existe presque dès le début, et que le passage du pus dans le sang a lieu très rapidement. Lorsqu'au contraire la phlébite est causée par une lésion légère, une saignée, une petite plaie, on voit les symptômes, bornés pendant plusieurs jours à une petite étendue, faire ensuite des progrès plus ou moins rapides, et souvent alors se pré-

(1) Ducrest, *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1847, t. XV, p. 1 et suiv.
(2) Lunier, *Bull. de la Soc. anat.*, 1846.
(3) J. Black, *Prov. med. and surg. Journ.*, 1847.
(4) Delaruelle, *Bull. de la Soc. anat.*, 1840.
(5) Hillairet, *Union médicale*, 31 mai, 2 et 5 juin 1849.

sentent des phénomènes qui indiquent le début de l'infection purulente, comme les frissons, l'agitation extrême, le délire, l'abattement, etc. En somme, on peut dire que la phlébite suppurative a en général une marche continue, quoiqu'à une certaine époque les symptômes puissent presque tout à coup se multiplier et prendre un haut degré d'intensité.

Quant à la phlébite adhésive, sa marche est beaucoup plus simple. Elle fait des progrès jusqu'à ce que les caillots aient complétement oblitéré la veine ; puis, au bout d'un temps variable, l'inflammation cesse, les vaisseaux veineux restent obstrués et durs pendant un temps quelquefois assez long, et l'on observe les symptômes consécutifs de cette oblitération, l'œdème en particulier.

Il n'a été fait aucun travail pour déterminer la *durée* de cette maladie. Dans les cas de phlébite avec infection purulente, elle peut être fort courte ; rarement elle se prolonge au delà de cinq ou dix jours. Dans les cas de phlébite adhésive, au contraire, elle peut traîner en longueur. Les symptômes inflammatoires disparaissent, il est vrai, au bout de quatre à huit jours ; mais la perméabilité de la veine ne s'observe souvent que très tard, et par conséquent les symptômes auxquels donne lieu l'oblitération se prolongent beaucoup.

Dans la phlébite suppurative, la *terminaison* ordinaire de la maladie est la mort. Les symptômes, au lieu de s'amender, deviennent de jour en jour plus intenses. Un abattement profond, la petitesse extrême du pouls, le froid des extrémités, les sueurs visqueuses, les selles fétides, précèdent de peu de temps la terminaison fatale. Cependant il est des cas heureux où, bien que l'infection purulente soit évidente, la guérison a lieu. M. Vidal (de Cassis) a rapporté (1) un cas très remarquable de guérison d'une phlébite survenue chez un vénérien, à la suite d'une saignée, et qui avait donné lieu à tous les symptômes de l'infection purulente (abcès multiples, crachats purulents, selles purulentes, frissons répétés, etc.). Le traitement consista dans l'administration d'un décigramme de sulfate de quinine chaque jour, de vin, de bouillons, de potages, et de loin en loin, d'eau de Sedlitz. Plus tard on administra le *sublimé* uni à l'opium, et dès ce moment la diarrhée diminua. MM. Bérard, Michon, Sédillot et Jobert, ont vu aussi des cas de guérison.

Dans la phlébite adhésive, au contraire, la guérison est la terminaison ordinaire. D'abord la douleur cesse, puis le gonflement des parties qui environnent la veine ; puis on sent peu à peu le cordon veineux diminuer de dureté et de grosseur, jusqu'à ce qu'enfin il ne soit plus sensible au toucher ; alors la circulation s'est rétablie. Il est rare que les choses se passent autrement. Presque toujours, en effet, lorsqu'on a vu les veines réduites à l'état de cordons fibreux et celluleux, c'est qu'il existait dans le voisinage une maladie organique profonde qui avait entretenu longtemps l'inflammation adhésive.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques sont nombreuses et ont été décrites avec soin. Comme dans les articles précédents, je me contenterai d'une indication rapide.

On trouve dans le point de la veine primitivement affecté, d'abord des caillots noirs, adhérents par un point de leur surface aux parois vasculaires, contenant

(1) *Annales de la chirurgie*. Paris, 1845, t. XV, p. 11 et suiv.

quelquefois, dans leur intérieur, des foyers purulents. D'après les recherches de M. Tessier, ces caillots sont limités ordinairement par les valvules; quelquefois néanmoins ils peuvent s'étendre assez loin. On a vu, dans certains cas, des caillots adhérents se former ainsi dans différents points d'une veine ou dans plusieurs veines à la fois. A une époque avancée de la maladie, ils se décolorent, deviennent fibrineux et de plus en plus durs. Lorsque du pus s'est produit dans leur intérieur, ils forment autour de ce foyer une digue qui, d'après M. Tessier, empêche le pus de pénétrer dans la circulation, et qui, au contraire, d'après M. Cruveilhier, se romprait à une certaine époque de la maladie, et permettrait ainsi le mélange du pus au sang. Nous n'avons point de faits qui viennent à l'appui de cette dernière opinion. Dans d'autres cas, au lieu de véritables caillots, on trouve dans la veine un mélange de pus et de sang de consistance variable, ordinairement en bouillie grumeleuse ; et quelquefois enfin un véritable pus qui, comme dans le cas cité par M. Velpeau, peut sans obstacle se mélanger au sang et être reconnaissable à une très grande distance du point primitivement lésé.

D'après M. Cruveilhier, on n'observe pas dans les parois veineuses des traces de véritable inflammation, et, pour lui, la rougeur des membranes est un simple effet cadavérique. Cependant, je trouve dans les observations que j'ai rassemblées, plusieurs lésions qui appartiennent évidemment à l'inflammation. Sans doute, lorsque la rougeur existe seule et qu'elle pénètre les parois vasculaires dans toute leur profondeur, on peut la regarder comme l'effet d'une simple imbibition; mais, dans quelques cas, la coloration rouge ou brune ne se rencontrait que dans la membrane interne, et en outre on observait l'épaississement, la dureté, la friabilité des parois. Dans un cas recueilli par M. Henri Martin, il y avait dans certains points un ramollissement qui était d'autant plus remarquable, que les portions voisines étaient dures et épaissies.

Des abcès nombreux se rencontrent dans le parenchyme des organes, dans le tissu cellulaire et dans les articulations. Les premiers sont remarquables par la manière dont ils se développent. On aperçoit d'abord des taches ecchymotiques d'un rouge sombre, et plus résistantes que le tissu environnant; puis ces taches prennent une teinte jaune rougeâtre, et, en les examinant attentivement, on voit qu'elles sont formées par du pus infiltré. Plus tard, la couleur jaune domine, et alors il existe un grand nombre de petits foyers purulents, sans que le noyau ait notablement perdu de sa dureté. Enfin tous ces foyers se réunissent en un seul, dans lequel on trouve un pus tantôt couleur lie de vin et sanieux, tantôt jaune et bien lié. On a voulu comparer ces noyaux purulents à des tubercules, mais il suffit de cette description pour montrer combien sont grandes les différences. Dans le tissu cellulaire, les abcès ne présentent rien de remarquable, si ce n'est assez souvent l'infiltration d'une sérosité purulente, ou d'un véritable pus constituant le *phlegmon diffus*. Dans les articulations, tantôt on trouve du pus accumulé, sans que l'intérieur de la cavité ait subi des altérations bien notables; tantôt, au contraire, on observe une production de fausses membranes, des altérations des cartilages, en un mot des désordres plus ou moins profonds.

Enfin on a trouvé dans les os, dans le cerveau, dans les méninges, des traces de suppuration ; dans l'intestin, des ulcérations siégeant en dehors des plaques de Peyer; dans l'utérus, un ramollissement purulent ou gangréneux; dans le sar- [illegible]

présence du pus. Cette multitude de lésions rend parfaitement compte du grand nombre de phénomènes graves observés pendant la vie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

En général, la phlébite ne présente pas de grandes difficultés sous le rapport du diagnostic. Cependant il est des cas où les phénomènes peuvent induire en erreur l'observateur le plus attentif. Étudions séparément, sous ce point de vue, la phlébite adhésive et la phlébite suppurative.

1. La *phlébite adhésive* est une maladie presque toute locale, ne déterminant qu'une réaction ordinairement peu intense. On ne saurait par conséquent la confondre avec les maladies fébriles violentes, remarquables surtout par leurs symptômes généraux. On ne voit donc guère d'affection qui puisse la simuler, si ce n'est l'*inflammation des vaisseaux lymphatiques*, et un *phlegmon commençant*. La phlébite se distingue de la *lymphangite* par la direction des cordons affectés, par leur dureté, leur grosseur et leur profondeur. On sait, en effet, que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques détermine surtout une rougeur plus ou moins étendue, superficielle, avec des traînées rougeâtres qui tendent à constituer une rougeur diffuse. Le toucher vient encore faciliter ce diagnostic. Dans l'inflammation des veines, on sent le cordon dur et noueux, tandis que dans celle des vaisseaux lymphatiques on ne trouve rien de semblable. C'est ce qui a fait dire à M. Velpeau que l'on voyait l'inflammation des lymphatiques plutôt qu'on ne la sentait, et que l'on sentait, au contraire, l'inflammation des veines plutôt qu'on ne la voyait. Dans l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, on trouve, à une plus ou moins grande distance du point primitivement affecté, et en suivant le cours de la lymphe, des ganglions gonflés et douloureux, ce qu'on n'observe pas dans la phlébite, à moins de complication. Ces différences sont, comme on le voit, très notables, ce qui nous permet de dire encore, avec M. Velpeau, que le diagnostic de ces deux affections ne pourrait être vraiment difficile que dans les cas où elles se compliqueraient l'une l'autre.

Si un phlegmon se développait au-dessus d'une grosse veine, on pourra d'abord croire à l'inflammation du vaisseau ; mais la douleur plus vive, le gonflement plus considérable, l'absence des cordons noueux lèveraient bientôt tous les doutes.

2. Si la *phlébite suppurative* survient *après une opération* ou *après une lésion quelconque des veines*, la succession des symptômes ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection. Dans les cas où elle suit l'accouchement, il n'y a pas ordinairement de grandes difficultés ; dans quelques uns cependant, les principaux symptômes de cette maladie ont existé sans qu'on ait trouvé de phlébite après la mort. Mais c'est un sujet que je me réserve de traiter dans l'histoire de la fièvre puerpérale. On ne pourrait donc éprouver de difficultés dans le diagnostic, que si une veine profonde s'enflammait spontanément, ou par suite des progrès d'une lésion organique des parties voisines, un cancer, par exemple.

3. Si la *phlébite spontanée des grandes cavités* est purement *adhésive*, on ne reconnaîtra son existence qu'aux phénomènes secondaires auxquels elle donnera lieu, tels que l'épanchement de sérosité dans l'abdomen et dans les membres inférieurs, etc.

Si, au contraire, la *phlébite est suppurative* et qu'*elle se termine par l'infection purulente*, on peut, au premier abord, la prendre pour une autre maladie fébrile, la fièvre typhoïde, par exemple. Mais en examinant plus attentivement la marche de la maladie, on évitera l'erreur, surtout si l'on a égard à ce précepte de M. Chomel, que lorsqu'il se développe un mouvement fébrile intense, avec des accidents graves, tels que l'agitation, le délire, l'abattement, etc., on doit, si l'on ne trouve dans aucun point de l'économie quelque lésion qui rende compte de ces phénomènes, les attribuer aux abcès multiples auxquels une phlébite suppurative peut donner lieu.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la phlébite et de la lymphangite.*

PHLÉBITE.	LYMPHANGITE.
Cordon dur, noueux, plus ou moins profond, *sans rougeur* superficielle très notable.	*Traînées* rougeâtres, superficielles, entrecroisées, tendant à former une *rougeur diffuse*.
Se *sent* plutôt qu'elle ne se voit (Velpeau).	Se *voit* plutôt qu'elle ne se sent (Velpeau).
Œdème des parties situées *au-dessous* de l'oblitération.	*Gonflement et douleur des ganglions* situés *au-dessus* du point primitivement affecté.

2° *Signes distinctifs de la phlébite et d'un phlegmon commençant.*

PHLÉBITE.	PHLEGMON.
Douleur *sourde*.	Douleur *vive*.
Gonflement *médiocre*.	Gonflement *considérable*.
Cordon noueux.	*Absence de cordon* noueux.

Les autres diagnostics ne sont pas assez importants ou assez précis pour entrer dans ce tableau.

Pronostic. Après tout ce qui a été dit plus haut, il est inutile d'insister sur le pronostic. Il est évident que la phlébite adhésive n'a qu'une gravité médiocre ; cependant, si l'inflammation est entretenue longtemps par une maladie organique voisine, l'adhésion peut devenir définitive, la veine s'oblitère entièrement, et de là des épanchements de sérosité très rebelles, dont je parlerai plus tard. Quant à la phlébite suppurative, elle est extrêmement grave. La fréquence et la petitesse du pouls, l'abattement extrême des forces, le froid des extrémités, les sueurs visqueuses, les selles involontaires, annoncent une mort prochaine.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la phlébite est, comme dans tant d'autres maladies, le point de son histoire le moins bien étudié. On trouve la cause de cette pénurie de la science dans le peu de gravité de la phlébite adhésive qui rend son traitement peu important, et au contraire dans la gravité extrême de la phlébite suppurative avec infection purulente, qui rend le traitement si souvent inutile. Je vais passer en revue les divers moyens recommandés, regrettant de n'avoir que des renseignements peu précis à présenter.

Dans les cas de *phlébite adhésive simple*, le traitement consiste uniquement en quelques *émissions sanguines* et en *applications émollientes*. Sous l'influence de

ces seuls moyens, on voit ordinairement l'inflammation tomber et la veine reprendre sa perméabilité. Dans le cas où cette terminaison heureuse tarde trop à se produire, et où l'inflammation de la veine persiste avec les phénomènes qui en sont la suite, tels que l'œdème et la stase du sang au delà du point affecté, on mettra en usage les divers moyens qui seront indiqués à l'article *Phlegmatia alba dolens*, maladie qui a pour *cause constante* l'inflammation adhésive des veines. Je n'insisterai donc pas davantage sur le traitement de cette espèce de phlébite.

Dans les cas de *phlébite suppurative*, tous les auteurs s'accordent à recommander un traitement très actif dès le début de la maladie, et avant que les signes d'infection purulente se soient manifestés; car à cette époque la maladie est regardée comme presque nécessairement mortelle.

Si une plaie faite à la veine s'enflamme, et donne lieu aux symptômes locaux précédemment indiqués, c'est dans ce point qu'il faut d'abord porter les moyens thérapeutiques. Si c'est une plaie vaste, le pansement et les mêmes moyens que dans les cas de lésion d'une veine seront également les premières indications à remplir, et voici maintenant l'exposition successive des diverses médications principalement recommandées.

Émissions sanguines. Les *saignées* copieuses, fréquemment répétées au début de l'affection, ont été préconisées par tous les auteurs. MM. Cruveilhier, Dance, Blandin, ont fortement insisté sur ce moyen. Quatre, six et même huit saignées de 4 à 500 grammes ont été pratiquées à douze ou vingt-quatre heures de distance. Malheureusement on ne voit pas, dans les observations, que ce traitement ait produit une amélioration durable. Dans un cas rapporté par Dance, on pratiqua six saignées copieuses en six jours. Il y eut d'abord une amélioration assez sensible, mais qui ne dura pas plus de vingt-quatre heures, et les symptômes reprirent ensuite toute leur intensité. C'est donc la théorie plutôt que l'expérience qui a fait recommander la saignée générale. Il est à désirer que de nouvelles observations viennent définitivement nous fixer sur sa valeur. Les *saignées locales* ne sont pas employées avec moins d'énergie. Un nombre très considérable de *sangsues* a été appliqué par quelques médecins; mais, en général, quinze, trente ou quarante ont été prescrites dans le cours de la maladie. C'est principalement lorsque la phlébite est due à une lésion de la veine elle-même, comme dans la saignée, qu'on insiste sur ce moyen, et alors on recommande d'appliquer les sangsues entre le point enflammé et l'organe central de la circulation, afin de prévenir l'extension de l'inflammation suivant le cours du sang. Si par conséquent celle-ci fait des progrès dans ce sens, à chaque nouvelle application de sangsues on devra constater le point où s'arrête l'inflammation, afin de les placer un peu au delà. Dans plusieurs cas on a réussi, de cette manière, à arrêter une phlébite qui semblait d'abord marcher avec une très grande rapidité. Malheureusement les auteurs ne nous ont pas rapporté les observations avec les détails nécessaires. Les *ventouses scarifiées* peuvent être appliquées en assez grand nombre autour du point enflammé. Si l'on en croit Jos. Frank, ces moyens pourraient avoir l'inconvénient d'augmenter l'irritation que l'on veut combattre; mais cette assertion paraîtra entièrement dénuée de preuves à ceux qui examineront les observations, attendu que l'aggravation des symptômes peut tout aussi bien, et plutôt même, être attribuée aux progrès de la maladie qu'à l'emploi des émissions sanguines locales.

Applications émollientes ou narcotiques. En même temps que l'on pratique les émissions sanguines, on applique sur le point enflammé de larges cataplasmes émollients ou narcotiques, on prescrit des bains locaux dans l'eau de guimauve; en un mot, on cherche à enlever l'irritation locale par tous les moyens qui complètent le traitement antiphlogistique.

Ouverture prompte des abcès. Un précepte important, et qu'on ne doit jamais oublier, c'est qu'il faut ouvrir promptement une issue au pus qui se forme soit dans la veine, soit à son pourtour. C'est surtout lorsque le liquide purulent communique avec l'ouverture béante des veines, qu'on doit s'attacher avec le plus de soin à arrêter cette communication; car c'est avant la formation des caillots denses que l'infection purulente peut être le plus facilement causée par la phlébite.

Compression de la veine. Pour prévenir cet accident si redoutable, on a eu encore recours à plusieurs moyens : le premier consiste dans la compression de la veine malade au-dessus du point enflammé. D'abord proposée par Hunter, la compression a été ensuite recommandée par Dance; mais aucun fait n'est venu en prouver l'efficacité. C'est donc, comme le fait remarquer Joseph Frank, une idée théorique dont l'expérience n'a pas encore confirmé la justesse. Toutefois on ne voit pas pourquoi, en l'absence des faits, on pourrait dire avec ce dernier et avec Hodgson, qu'il faut rejeter cette indication hypothétique : c'est à l'observation qu'il faut en appeler. C'est là ce que je disais dans la première édition de cet ouvrage, et le fait suivant tend à prouver que ce n'était pas sans raison. M. Kemmerer (1), ayant soigné un homme qui avait eu trois phlébites à la suite de trois saignées, appliqua, pendant deux jours, un *bandage compressif* et tint *le bras dans une position presque verticale;* cette fois, il n'y eut pas de phlébite. Après une durée assez courte de la maladie, on ne doit plus guère compter sur un pareil moyen; car alors les caillots durs qui obstruent la veine s'opposent bien plus sûrement au mélange du sang et du pus que ne peut le faire la plus forte compression.

Section de la veine. Joseph Frank adopte un second moyen qui a été proposé par Breschet : c'est la section de la veine au-dessus du point enflammé. On ne peut pas se prononcer sur une pareille opération en l'absence d'observations qui nous en fassent connaître la valeur.

Cautérisation avec le fer rouge. M. Bonnet (de Lyon), ayant remarqué l'inefficacité des principaux moyens, et surtout des sangsues, a eu recours au cautère actuel, et dans un grand nombre de cas il a vu s'arrêter sous cette influence une phlébite qui avait une grande tendance à gagner les parties internes. Récemment, M. le docteur Devaux (2) a rapporté un cas semblable. Le cautère doit être appliqué au-dessus des limites de l'inflammation. Il ne paraît pas nécessaire qu'il agisse très profondément, puisque, dans le cas cité par M. Devaux, l'épiderme seul avait été intéressé dans la cautérisation; cependant, pour plus de sûreté, il vaut mieux agir profondément. Dans la *phlébite, suite d'une saignée*, M. Gendrin (3) vante les bons effets du *vésicatoire* appliqué immédiatement au point correspondant à la piqûre; mais les preuves de l'efficacité de ce traitement nous manquent.

Tels sont les moyens mis en usage pour prévenir l'infection purulente. Ajoutons

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, juin 1845.
(2) *Bull. de thérap.*, septembre 1843.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 novembre 1852.

que dès que le malade présente les premiers accidents de la phlébite, il faut se hâte de lui faire respirer un *air pur* et fréquemment renouvelé, et de *le soustraire à l'action des miasmes* qui résultent de l'encombrement, surtout dans les salles de chirurgie, afin de prévenir cette tendance à la suppuration, dont M. Tessier a signalé toute la force par de nombreux exemples.

Lorsque, malgré toutes les précautions, l'infection purulente s'est déclarée, le mal est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Cependant on ne doi pas se décourager, et il faut continuer avec énergie le traitement. De l'avis de tou les auteurs, on doit *cesser les émissions sanguines*, qui ne feraient qu'affaibli inutilement le malade, et avoir recours aux moyens suivants, dont l'action est plu générale.

Vomitifs. Les vomitifs énergiques ont été assez fréquemment prescrits, et c'es le *tartre stibié à haute dose*, comme dans la pneumonie (voy. art. *Pneumonie*) qui a été ordinairement mis en usage. Il est impossible encore de distinguer, dan les observations, l'effet de ce médicament, qui a été administré comme perturba teur. Cependant je dirai que M. Léon Gigot (1) cite une observation dans laquelle l tartre stibié a amené une amélioration notable. La maladie avait fait des progrè incessants, quoiqu'on eût employé auparavant les émissions sanguines et les onction mercurielles.

Purgatifs. Les purgatifs ont été également prescrits, mais nous n'avons encor rien de positif à dire sur leurs effets. Le *calomel*, dont l'action est complexe, es employé de préférence par quelques médecins dans une maladie où les mercuriau ont été regardés comme pouvant jouir d'une certaine efficacité. Dans les cas ob servés par MM. Blandin et Trezzi, ce médicament n'a paru avoir aucune influenc sur la marche de l'affection.

Diurétiques. Ces médicaments ont été administrés à très haute dose. Le *nitrat de potasse*, en particulier, a été mis assez fréquemment en usage. Jos. Frank pens qu'il serait utile de l'unir à de petites doses de camphre ; mais cet auteur ne cit aucun fait qui vienne à l'appui de son assertion. Tout reste donc encore à faire su l'emploi des diurétiques.

Toniques. On a recommandé aussi l'emploi des toniques fixes ou diffusible Parmi ces derniers, l'*acétate d'ammoniaque* est particulièrement indiqué pa M. Cruveilhier. On peut prescrire la formule suivante :

℞ Racine de bardane...... 30 gram. | Eau.................... 500 gram.

Faites macérer pendant une heure, passez et ajoutez :

Sirop sudorifique.......... 30 gram. | Esprit de mindererus...... 30 gram.

A prendre par grands verres dans la journée.

Douce-amère. Joseph Frank convaincu, dit-il, que la *douce-amère* agit d'un manière toute spécifique sur les veines, a une grande confiance dans ce médica ment ; mais encore ici l'observation est entièrement muette, et l'on peut dire cette idée de Jos. Frank ce qu'il disait lui-même relativement à la compression la veine, que c'est une indication tout hypothétique. Cette substance est prescri en infusion à la *dose de* 15 *à* 30 *grammes dans* 500 *grammes d'eau.*

(1) *Bull. de thérap.*, 30 octobre 1852.

Dans ces derniers temps, M. Tessier a préconisé l'*alcoolature d'aconit* qui, selon lui, aurait, non seulement une vertu curative, mais encore une vertu préventive. J'indiquerai l'emploi de ce moyen à l'article *Fièvre puerpérale.*

Moyens divers. Restent maintenant quelques autres moyens, tels que les *bains de vapeur*, les *affusions*, les *lotions froides* recommandées par Frank, les *frictions mercurielles*, les *boissons acidulées*, etc. Ces moyens, qui ne nous présentent pas plus de certitude que les précédents, méritent seulement d'être mentionnés.

Résumé; ordonnances. On voit que rien n'est moins précis que le traitement de la phlébite. J'ai dû en faire ressortir toutes les incertitudes, afin qu'on ne s'arrête pas dans des recherches qui peut-être un jour nous conduiront au but que nous n'avons pu atteindre. Les moyens locaux exceptés, on peut dire que tous ceux qui ont été préconisés par les auteurs sont fondés plutôt sur des idées théoriques à vérifier, que sur les résultats d'une saine expérience. C'est pourquoi je ne multiplierai pas les ordonnances dans un sujet où l'on ne peut pas d'une manière précise tracer au praticien la conduite qu'il doit suivre.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHLÉBITE COMMENÇANTE, AVEC MENACE DE SUPPURATION.

1° Pour boisson, infusion de bardane édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Saignée abondante plusieurs fois répétée, à moins que des phénomènes généraux et la présence d'abcès dans un point éloigné ne soient venus en démontrer l'inutilité.

3° Sangsues en grand nombre aux environs du point affecté, et principalement entre ce point et le centre de la circulation.

4° Large cataplasme émollient, fomentations émollientes sur le point enflammé. Si la douleur était très vive, on se servirait, pour délayer le cataplasme, d'une forte décoction de têtes de pavot, de feuilles de belladone ou de datura stramonium.

5° Ouvrir promptement toute collection purulente qui peut s'être formée dans l'intérieur de la veine ou communiquer avec elle.

6° Légers minoratifs pour entretenir la liberté du ventre.

7° Diète absolue, repos au lit; soustraire le malade aux miasmes résultant de l'encombrement; renouveler fréquemment l'air de sa chambre.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LES SIGNES DE L'INFECTION PURULENTE SE SONT MANIFESTÉS.

1° Pour boisson, infusion de bourrache sucrée.

2° ℞ Quinquina en poudre...	10 gram.	Teinture de quinquina. ...	30 gram.
Décoction de quinquina.	120 gram.	Sirop de sucre.	20 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

3° Tartre stibié à haute dose; purgatifs énergiques avec l'aloès, le jalap, la gomme-gutte, etc.

4° A l'intérieur, calomel à la dose de 0,40 à 0,50 gramm. par jour. Frictions mercurielles sur les membres ou sur l'abdomen.

à la phlegmatia des femmes en couches, on a signalé les *manœuvres intempestiv* faites dans l'accouchement, les *saisons froides et humides*, les *écarts de régime*, et M. Velpeau a noté une circonstance remarquable : c'est que, dans trois cas où maladie s'est déclarée à gauche, l'enfant était venu en *première position*, c'est-à dire que l'occiput correspondait à la cavité cotyloïdienne gauche. La pressic exercée par la tête du fœtus aurait-elle favorisé le développement de la maladie Remarquons, au reste, que ces causes, rangées parmi les causes prédisposante ont pu très bien, dans plusieurs cas, agir comme causes occasionnelles.

Ce n'est point immédiatement après les couches, mais deux ou trois semain après, que, suivant les recherches de M. Duplay, se développe ordinairement l maladie. Dans l'*Union médicale* (1), on trouve un fait qui prouve que la phleg matia alba dolens peut se développer six ou sept semaines après les couches, (occuper non seulement les extrémités inférieures, mais encore les *supérieures*. L malade eut une phlegmatia de la jambe et du *bras* gauches. Je n'ai pas besoi d'ajouter qu'avant ces dernières années, on croyait que la phlegmatia alba dolen ne pouvait attaquer que les femmes, puisqu'on la regardait comme la suite d l'accouchement : mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, elle a été observée *chez le hommes*, quoique bien plus rarement. Je n'en connais pas d'exemple chez les enfants

On a observé dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker (2), un cas d phlegmatia alba dolens survenue au troisième septénaire d'une *fièvre typhoïde*. J l'ai vue se produire dans des circonstances semblables ainsi que chez des *phthi siques*, des sujets affectés de *ramollissement cérébral*, de *cancer de l'utérus*, etc

C'est presque toujours dans les membres inférieurs que se développe la maladie mais les supérieurs n'en sont pas entièrement exempts. J'en ai cité un exempl plus haut.

2° Causes occasionnelles.

L'*impression du froid et de l'humidité*, les *écarts de régime*, un *exercice trop hâtif après l'accouchement*, la *propagation d'une inflammation voisine aux veine du bassin*, sont les causes occasionnelles dont nous connaissons le mieux l'action. Au reste, sous ce rapport, la phlébite qui donne lieu à la phlegmatia ne diffère pas sensiblement de la phlébite ordinaire. Chez les hommes comme chez les femmes, on a vu la maladie occasionnée par un *cancer du rectum* (Lawrence); des *ulcéra tions intestinales* (R. Lee); l'*introduction d'une sonde dans la vessie*, donnant lieu à une inflammation des veines de la prostate, qui s'est ensuite étendue (Cruveilhier); des *blessures des veines*. Une *tumeur de l'ovaire* peut déterminer son développement : j'en ai vu deux exemples. Enfin, je l'ai vue se produire *spontanément*, tous les viscères autour de la veine malade étant dans un état d'intégrité parfaite.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la phlegmatia alba dolens ne m'arrêteront pas très longtemps, parce qu'un grand nombre d'entre eux, appartenant à la phlébite, ont été décrits plus haut.

Début. D'après les observations rassemblées par M. Duplay, et qui portent principalement sur l'œdème des nouvelles accouchées, la maladie peut débuter par des

(1) 9 février 1847.
(2) Voy. *Bull. de thér.*, octobre 1846.

frissons plus ou moins violents, plus ou moins répétés, ou bien par la douleur locale dont le siége est alors dans un des côtés du bassin. Lorsque la phlegmatia alba dolens occupe une autre partie du corps, le membre supérieur par exemple, le début peut être le même ; seulement les symptômes locaux se montrent dans un point quelconque de la hauteur du bras. Ces symptômes commencent par une douleur qui, le plus souvent fixée dans le ventre, s'étend ensuite aux membres, et parfois on a pu soupçonner alors le début d'une péritonite. Enfin, on a cité des cas où la phlegmatia s'est montrée dans un membre avec tous ses caractères, sans avoir présenté de symptômes généraux et sans que les symptômes locaux aient débuté dans l'abdomen. J'en ai maintenant sous les yeux un exemple chez une femme affectée de tumeur de l'ovaire, et chez laquelle la phlegmatia a commencé évidemment par une phlébite des veines superficielles de la cuisse.

Symptômes. La *douleur* est un des symptômes les plus constants de la phlegmatia alba dolens. Elle varie dans sa forme, son intensité et son siége. Tantôt aiguë, lancinante ; tantôt sourde, profonde ; quelquefois semblable à un engourdissement, elle peut occuper toute l'étendue du membre ou rester bornée à un point assez limité ; mais toujours, chose digne de remarque, elle suit le trajet des vaisseaux veineux. Quand elle est limitée, c'est souvent au pli de l'aine, dans l'espace poplité ou au mollet qu'on la trouve. Cette douleur est exaspérée par la pression et par les mouvements, qu'elle rend souvent impossibles.

Le *gonflement* est un symptôme constant de la maladie. Il est rare qu'il commence à se montrer ailleurs que dans le point occupé par la douleur. Quelquefois cependant il envahit une partie assez éloignée, mais toujours entre le point douloureux et les dernières ramifications veineuses. De quelque manière qu'il ait commencé, il ne tarde pas à gagner toute la partie du membre située au-dessous du point affecté. Il procède presque toujours, dans sa marche, de ce point vers les extrémités. Ce gonflement est ordinairement considérable, et quelquefois on a vu le membre doubler de volume. Alors la partie malade est tendue ; la peau qui la recouvre est blanche, lisse, et l'on a de la peine à imprimer dans les tissus le doigt qui les presse, ou même on ne peut y parvenir. Lorsque l'inflammation des vaisseaux n'occupe qu'une partie limitée, l'*œdème*, qu'on observe à l'extrémité du membre, diffère beaucoup moins de l'œdème ordinaire que celui qui occupe les environs de la veine enflammée.

Sur la *couleur d'un blanc mat* que présente la peau, on voit souvent des *bandes rougeâtres* le long des vaisseaux, ou bien des taches rouges. Le docteur Robert Lee a vu des vésicules noirâtres, et M. Salgues, dont l'observation a été citée par M. Duplay, a noté l'apparition de phlyctènes qui, en se rompant, laissaient voir le derme sphacélé ; mais dans le plus grand nombre des cas, la peau ne présente pas d'altération sensible, à moins que la pression du membre sur le lit n'en ait occasionné l'inflammation, ce que l'on remarque quelquefois, surtout au talon.

Le plus souvent la *chaleur* de la peau est augmentée dans les points occupés par l'œdème. Ce symptôme s'observe surtout dans les cas où celui-ci s'est développé rapidement, où il est très douloureux, et où les lésions inflammatoires sont multipliées.

Déjà Levret, Gardien, et plusieurs autres, avaient constaté l'existence d'un *cordon dur, noueux*, douloureux, le long du trajet des vaisseaux cruraux ; mais ils

n'avaient point attribué l'existence de ce cordon à l'inflammation et à l'induratic des veines, car ils le regardaient comme le résultat de l'inflammation des lymph tiques superficiels. L'existence de ce cordon est un des signes les plus importan de la maladie. Tantôt il suit assez exactement le trajet de la veine fémorale, tant il est très sinueux et occupe alors les veines superficielles. Chez la femme dont j' parlé plus haut et dont j'observe actuellement la maladie, il s'est formé, au milie de la partie interne de la cuisse, un cercle parfait de sept à huit centimètres de di mètre, et constitué par un cordon dur, saillant, présentant à d'assez courtes distanc des nœuds très sensibles au toucher.

Ce cordon est un indice évident de la phlébite et de la coagulation du sang da la veine. Dans quelques cas, et Lugol (1) en a cité un exemple remarquable presque toutes les veines d'un des membres inférieurs deviennent ainsi dures noueuses dans une grande étendue; dans d'autres, au contraire, comme dans l cas que je viens de citer, un point assez limité est occupé par la phlébite.

Des *traînées rougeâtres* se rendent aux ganglions lymphatiques tuméfiés et dou loureux, lorsque les vaisseaux lymphatiques participent à l'inflammation ; mais c symptôme est loin d'être constant.

Enfin, pour terminer cette description des symptômes locaux, je dois ajoute que parfois on voit des abcès se développer dans le membre affecté; qu'un érysipèle des escarres gangréneuses peuvent s'y montrer, et que la maladie acquiert alor une gravité non douteuse.

Pendant que les symptômes locaux se manifestent et se développent, l'*état fébril* survient ou persiste s'il avait apparu primitivement; mais comme sous ce rappo la phlegmatia alba dolens ne présente rien qui diffère de ce que nous avons trou dans la phlébite, je renvoie à la description de cette dernière pour les symptôme généraux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la phlegmatia alba dolens est continue. Celle des premiers sym ptômes, c'est-à-dire des symptômes réellement inflammatoires, est ordinairemen rapide. Il n'en est pas de même des symptômes consécutifs à la phlébite, c'est-à dire de l'œdème, de l'infiltration séreuse ou séro-purulente, des abcès du mem bre, etc., qui peuvent persister longtemps. Il en résulte que la durée de l'affectio ne saurait être, dans l'état actuel de la science, indiquée d'une manière précise On l'a vue se dissiper en vingt ou trente jours, ou durer plusieurs mois. Ce qu dans certains cas augmente beaucoup la durée de la maladie, c'est son passag d'un membre à l'autre. Ce fait a été observé maintes fois, sans qu'on ait pu trou ver dans les veines du bassin des traces de la progression du mal. Dans un nombr assez considérable de cas, l'affection se termine par la résolution. En pareil cas la douleur diminue d'abord ; le mouvement fébrile tombe, et le malade peut im primer de légers mouvements au membre, sans souffrir beaucoup. La douleur à l pression persiste cependant encore, mais à un bien moindre degré, puis le gonfle ment diminue, et l'on a remarqué que cette diminution a lieu d'abord dans l portion du membre affectée la première. Ensuite, s'il ne survient pas de nouveau

(1) *Journal des progrès*, t. XIV.

accidents, le membre revient peu à peu à son état naturel, sauf toutefois le point occupé par le cordon noueux induré, qui ne s'assouplit que très lentement, et dont les nodosités peuvent encore être senties longtemps après qu'une diminution notable de l'œdème a annoncé la cessation de l'inflammation. Dans le cas que j'ai déjà cité, le cordon noueux, qui, dans le fort de l'inflammation, présentait une couleur d'un rouge foncé, a pris, quand les symptômes aigus sont tombés, une teinte plus blanche que les parties environnantes.

Lorsque le cordon veineux reste ainsi dur, volumineux, et par conséquent obstrué, on aurait peine à comprendre la diminution de l'œdème, si, dans un certain nombre de cas, on n'observait une circulation collatérale plus ou moins manifeste. M. Duplay a cité à ce sujet quelques observations intéressantes empruntées à Dance, à MM. Amsteim et Robert Lee, mais qu'il serait inutile de rappeler ici.

A mesure que l'œdème diminue, on voit la partie tuméfiée conserver plus facilement l'empreinte du doigt, et l'infiltration prendre par conséquent les caractères d'un œdème ordinaire.

Enfin, au bout d'un temps ordinairement assez long, l'œdème a disparu, le cordon noueux ne se sent plus, et de deux choses l'une : ou la veine s'est oblitérée, ou la circulation s'est rétablie dans son intérieur. Dans le premier cas, la circulation collatérale mentionnée plus haut vient y suppléer ; mais quelquefois elle est insuffisante, et l'on a vu se former alors des collections séreuses sur lesquelles M. Bouillaud a principalement attiré l'attention et dont il sera question plus tard.

La formation des abcès et l'apparition des autres accidents déjà indiqués viennent souvent entraver cette terminaison et prolonger outre mesure la durée de l'affection. Ces lésions sont quelquefois si graves, notamment quand elles se produisent dans l'intérieur du bassin, qu'elles déterminent la mort, qui est aussi quelquefois causée par une gangrène consécutive, comme on le voit dans les observations de Manne, citées par M. Gerhard (de Strasbourg) et mentionnées par M. Duplay.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion anatomique la plus importante est, sans contredit, l'inflammation des veines. On a trouvé dans les vaisseaux toutes les lésions indiquées dans l'article *Phlébite*, et qu'il serait inutile de rappeler ici. Les observateurs les plus rigoureux ont constaté l'existence de cette inflammation *dans tous les cas*, et dans les observations connues on peut suivre très facilement la succession des phénomènes qui se passent d'abord dans la veine et plus tard dans les tissus environnants. On a trouvé cette inflammation aussi bien dans les cas de phlegmatia alba dolens observés chez les femmes en couches, que dans ceux où la maladie était due à un cancer du bassin, ou à toute autre cause locale, soit chez les hommes, soit chez les femmes. Depuis dix ans que mon attention est fixée sur ce point, et pendant lesquels j'ai vu des cas nombreux de phlegmatia dans les circonstances les plus variées, *je n'ai pas trouvé une seule exception à cette règle*. Il faut donc admettre que c'est là la lésion essentielle, la lésion propre à la phlegmatia alba dolens; et bien que la description de la maladie n'ait point dans les auteurs toute la précision désirable, le fait que je viens de signaler, et qui avait déjà frappé MM. Velpeau, Bouil-

n'avaient point attribué l'existence de ce cordon à l'inflammation et à l'induration des veines, car ils le regardaient comme le résultat de l'inflammation des lymphatiques superficiels. L'existence de ce cordon est un des signes les plus importants de la maladie. Tantôt il suit assez exactement le trajet de la veine fémorale, tantôt il est très sinueux et occupe alors les veines superficielles. Chez la femme dont j'ai parlé plus haut et dont j'observe actuellement la maladie, il s'est formé, au milieu de la partie interne de la cuisse, un cercle parfait de sept à huit centimètres de diamètre, et constitué par un cordon dur, saillant, présentant à d'assez courtes distances des nœuds très sensibles au toucher.

Ce cordon est un indice évident de la phlébite et de la coagulation du sang dans la veine. Dans quelques cas, et Lugol (1) en a cité un exemple remarquable, presque toutes les veines d'un des membres inférieurs deviennent ainsi dures et noueuses dans une grande étendue; dans d'autres, au contraire, comme dans le cas que je viens de citer, un point assez limité est occupé par la phlébite.

Des *traînées rougeâtres* se rendent aux ganglions lymphatiques tuméfiés et douloureux, lorsque les vaisseaux lymphatiques participent à l'inflammation ; mais ce symptôme est loin d'être constant.

Enfin, pour terminer cette description des symptômes locaux, je dois ajouter que parfois on voit des abcès se développer dans le membre affecté; qu'un érysipèle, des escarres gangréneuses peuvent s'y montrer, et que la maladie acquiert alors une gravité non douteuse.

Pendant que les symptômes locaux se manifestent et se développent, l'*état fébrile* survient ou persiste s'il avait apparu primitivement; mais comme sous ce rapport la phlegmatia alba dolens ne présente rien qui diffère de ce que nous avons trouvé dans la phlébite, je renvoie à la description de cette dernière pour les symptômes généraux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la phlegmatia alba dolens est continue. Celle des premiers symptômes, c'est-à-dire des symptômes réellement inflammatoires, est ordinairement rapide. Il n'en est pas de même des symptômes consécutifs à la phlébite, c'est-à-dire de l'œdème, de l'infiltration séreuse ou séro-purulente, des abcès du membre, etc., qui peuvent persister longtemps. Il en résulte que la durée de l'affection ne saurait être, dans l'état actuel de la science, indiquée d'une manière précise. On l'a vue se dissiper en vingt ou trente jours, ou durer plusieurs mois. Ce qui dans certains cas augmente beaucoup la durée de la maladie, c'est son passage d'un membre à l'autre. Ce fait a été observé maintes fois, sans qu'on ait pu trouver dans les veines du bassin des traces de la progression du mal. Dans un nombre assez considérable de cas, l'affection se termine par la résolution. En pareil cas, la douleur diminue d'abord; le mouvement fébrile tombe, et le malade peut imprimer de légers mouvements au membre, sans souffrir beaucoup. La douleur à la pression persiste cependant encore, mais à un bien moindre degré, puis le gonflement diminue, et l'on a remarqué que cette diminution a lieu d'abord dans la portion du membre affectée la première. Ensuite, s'il ne survient pas de nouveaux

(1) *Journal des progrès*, t. XIV.

accidents, le membre revient peu à peu à son état naturel, sauf toutefois le point occupé par le cordon noueux induré, qui ne s'assouplit que très lentement, et dont les nodosités peuvent encore être senties longtemps après qu'une diminution notable de l'œdème a annoncé la cessation de l'inflammation. Dans le cas que j'ai déjà cité, le cordon noueux, qui, dans le fort de l'inflammation, présentait une couleur d'un rouge foncé, a pris, quand les symptômes aigus sont tombés, une teinte plus blanche que les parties environnantes.

Lorsque le cordon veineux reste ainsi dur, volumineux, et par conséquent obstrué, on aurait peine à comprendre la diminution de l'œdème, si, dans un certain nombre de cas, on n'observait une circulation collatérale plus ou moins manifeste. M. Duplay a cité à ce sujet quelques observations intéressantes empruntées à Dance, à MM. Amsteim et Robert Lee, mais qu'il serait inutile de rappeler ici.

A mesure que l'œdème diminue, on voit la partie tuméfiée conserver plus facilement l'empreinte du doigt, et l'infiltration prendre par conséquent les caractères d'un œdème ordinaire.

Enfin, au bout d'un temps ordinairement assez long, l'œdème a disparu, le cordon noueux ne se sent plus, et de deux choses l'une : ou la veine s'est oblitérée, ou la circulation s'est rétablie dans son intérieur. Dans le premier cas, la circulation collatérale mentionnée plus haut vient y suppléer ; mais quelquefois elle est insuffisante, et l'on a vu se former alors des collections séreuses sur lesquelles M. Bouillaud a principalement attiré l'attention et dont il sera question plus tard.

La formation des abcès et l'apparition des autres accidents déjà indiqués viennent souvent entraver cette terminaison et prolonger outre mesure la durée de l'affection. Ces lésions sont quelquefois si graves, notamment quand elles se produisent dans l'intérieur du bassin, qu'elles déterminent la mort, qui est aussi quelquefois causée par une gangrène consécutive, comme on le voit dans les observations de Maune, citées par M. Gerhard (de Strasbourg) et mentionnées par M. Duplay.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion anatomique la plus importante est, sans contredit, l'inflammation des veines. On a trouvé dans les vaisseaux toutes les lésions indiquées dans l'article *Phlébite*, et qu'il serait inutile de rappeler ici. Les observateurs les plus rigoureux ont constaté l'existence de cette inflammation *dans tous les cas*, et dans les observations connues on peut suivre très facilement la succession des phénomènes qui se passent d'abord dans la veine et plus tard dans les tissus environnants. On a trouvé cette inflammation aussi bien dans les cas de phlegmatia alba dolens observés chez les femmes en couches, que dans ceux où la maladie était due à un cancer du bassin, ou à toute autre cause locale, soit chez les hommes, soit chez les femmes. Depuis dix ans que mon attention est fixée sur ce point, et pendant lesquels j'ai vu des cas nombreux de phlegmatia dans les circonstances les plus variées, *je n'ai pas trouvé une seule exception à cette règle.* Il faut donc admettre que c'est là la lésion essentielle, la lésion propre à la phlegmatia alba dolens ; et bien que la description de la maladie n'ait point dans les auteurs toute la précision désirable, le fait que je viens de signaler, et qui avait déjà frappé MM. Velpeau, Bouil-

laud, Andral (1), a été mis hors de doute par les recherches de MM. Robert Lee et Duplay.

Les lésions des ganglions et des vaisseaux lymphatiques ne sont pas rares, il est vrai, mais elles ne sont pas constantes. Elles ne se lient pas, comme les lésions des veines, aux principaux symptômes observés ; elles sont souvent consécutives, et ne méritent pas par conséquent l'importance que leur ont attribuée certains auteurs. Ces lésions sont celles de l'inflammation, qui sera décrite dans un article suivant.

Les lésions de l'utérus et de ses annexes s'observent chez les femmes nouvellement accouchées; elles seront décrites à l'article *Fièvre puerpérale*. Celles des symphyses se remarquent également dans les mêmes circonstances. M. Velpeau les a notées dans les cas soumis à son observation; mais bien qu'elles aient une importance réelle, puisqu'elles peuvent avoir été le point de départ de la maladie en communiquant l'inflammation aux veines voisines, elles ne sauraient constituer une lésion anatomique essentielle, car la phlegmatia alba dolens se montre dans des cas où les symphyses sont parfaitement saines.

Il résulte de ces considérations que la phlegmatia alba dolens est véritablement une phlébite à laquelle peuvent venir se joindre beaucoup d'autres lésions. On ne saurait plus l'attribuer à une inflammation des vaisseaux lymphatiques, de l'aponévrose fascia lata, du tissu cellulaire du membre, ou bien à un simple rhumatisme, comme tant d'auteurs l'avaient fait jusqu'à présent.

Lorsque l'infection purulente est venue mettre un terme à l'affection, on trouve, dans les différents organes, les lésions décrites dans l'article précédent.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la phlegmatia alba dolens est des plus faciles. La douleur le long du trajet des vaisseaux, le gonflement du membre et l'existence du cordon noueux, viennent lever tous les doutes. Quelquefois cependant le cordon veineux enflammé est difficilement accessible à l'exploration, soit que la veine ait une situation profonde, soit que le membre ait acquis un volume trop considérable. Mais, en pareil cas même, le siége de la douleur, la marche des symptômes et la nature de l'œdème font reconnaître la maladie, en sorte qu'il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails sur ce diagnostic.

Pronostic. L'affection dont il s'agit est toujours sérieuse, puisque, dans un nombre assez considérable de cas, elle peut se terminer par la mort. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus grave chez les nouvelles accouchées que chez les autres sujets. Lorsque l'inflammation des veines a une très grande étendue, la maladie est plus alarmante que dans les cas où elle est limitée à un petit espace.

La formation d'abcès, d'infiltrations purulentes, l'apparition d'un érysipèle, et surtout la production de la gangrène, ajoutent beaucoup à la gravité de l'affection. Enfin, lorsque l'infection purulente se manifeste, la mort est, comme on le sait, presque inévitable.

Après la guérison de la phlegmatia, les veines peuvent rester oblitérées, comme je l'ai dit plus haut. Cette oblitération produit des infiltrations chroniques, et, par conséquent, la possibilité de ces accidents consécutifs donne à la maladie une gravité plus grande.

(1) *Rapport à l'Académie sur le mémoire de M. Velpeau.*

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la phlegmatia alba dolens doit être fondé sur les mêmes principes que celui de la phlébite. Toutefois il présente des particularités qui méritent d'être connues. C'est sur ces dernières que j'insisterai, renvoyant à l'article précédent pour ce qui est relatif au traitement de la phlébite elle-même.

1° Médication interne.

Vomitifs. Parmi les remèdes internes, nous trouvons d'abord les *vomitifs*, qui ont été regardés par quelques auteurs comme un des meilleurs moyens à employer. Busch (1) a mis en usage le *tartre stibié* à haute dose, tel qu'il est administré dans la pneumonie, et il a, dit-il, obtenu par ce moyen d'assez nombreux succès. Mais il faisait faire en même temps des frictions mercurielles sur la partie affectée. M. Jennings a administré l'*ipécacuanha*, mais uni au calomel.

Purgatifs. Les *purgatifs* n'ont pas été fréquemment mis en usage, à moins qu'on ne range parmi eux le *calomel* recommandé par White (2), par Siebold et par plusieurs autres auteurs allemands et anglais. Mais on doit plutôt admettre que ce médicament agit comme altérant. Siebold (3) a observé qu'on pouvait le donner à haute dose sans produire la salivation : 0,50, 0,60 *gramm.* par jour, et même 1 *gramme*, seront prescrits dans les cas où la maladie offrira quelque gravité. Il est inutile de dire qu'aucun relevé de faits ne nous fait connaître l'efficacité réelle de ce médicament.

Parmi les cas traités par les *purgatifs simples*, il n'en est pas de plus remarquable que celui qui a été signalé par M. Chomel (4), et qui fut observé chez une femme en dehors de toute influence puerpérale. Le sujet avait une suppression de règles. On administra un purgatif; les règles reparurent, et les purgatifs ayant été répétés, l'œdème douloureux ne tarda pas à disparaître. Il est à regretter que cette observation ne soit pas rapportée avec détail, car on conçoit très bien qu'un simple développement de l'utérus ait pu déterminer un œdème local d'une tout autre nature que la phlegmatia alba dolens.

Des boissons *délayantes* ou *acidulées* sont généralement prescrites dans le cours de la maladie; mais il est évident qu'elles n'ont aucune efficacité par elles-mêmes.

Narcotiques. Lorsque la douleur est très considérable, on ne doit pas hésiter à administrer les narcotiques pour procurer quelques instants de repos aux malades. L'*opium* est le meilleur moyen à employer dans ce but. On a administré également la *jusquiame*, l'*eau distillée de laurier-cerise*, etc.; tous ces moyens doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

Diurétiques; digitale. Lorsque l'œdème existe seul, que l'inflammation s'est dissipée, et que les accidents sont dus principalement à l'oblitération de la veine, on emploie, pour obvier à la stase sanguine, les diurétiques, que l'on peut porter à haute dose : de *4 à 12 grammes de nitrate de potasse dans* 500 *grammes de liquide*, par exemple. C'est également en pareil cas que la *digitale* a été prescrite ;

(1) *Gem. deuts. Zeitsch. für Geb.*, 2ᵉ vol. 1828.
(2) *An inq. into the nat. and cause of that swell.*, etc. Warrington, 1784.
(3) *Handb. zur Erk.*, etc. Frankf., 1826.
(4) *Revue des clin. méd. de l'Hôtel-Dieu* (*Gaz. méd.*, t. III, 28 mars 1835).

mais, comme son administration ne présente rien de particulier, j'en parlerai à l'occasion des hydropisies. Je me bornerai seulement à dire que Groetzner, qui la regarde comme un spécifique dans l'affection dont il s'agit, la donne en infusion à la dose de 0,60 *gramm. à* 1 *gramme* 0,25 dans 300 *grammes* d'eau, et que Davin la prescrit à la dose de 0,1 *gramme toutes les deux ou trois heures*, en pilules ou dans une potion.

Je n'insisterai pas davantage sur toutes ces médications, qui ne nous présentent rien de positif; car il ne s'agit pas seulement d'avoir vu guérir sous leur influence présumée un certain nombre de malades affectés de phlegmatia alba dolens, puisque cette affection n'est pas nécessairement mortelle; il faudrait encore prouver que cette influence a été réelle, et c'est ce que n'ont point fait les auteurs.

Iode. Le docteur Bacon (1) a indiqué un traitement particulier; il consiste principalement dans l'emploi de l'iode prescrit de la manière suivante :

℞ Iode.................. 0,025 gram.	Eau distillée.............. 45 gram.
Hydriodate de potasse 0,50 à 0,75 gram.	

A prendre en trois fois.

Il faudrait des expériences nombreuses pour démontrer le degré d'efficacité d'un semblable moyen.

En général, on peut dire que les effets du *traitement interne* de la phlegmatia alba dolens sont fort incertains. Aussi est-ce au traitement externe que l'on a le plus souvent recours, et c'est celui qui présente le plus grand nombre de moyens particuliers importants à connaître.

2° Médication externe.

Vésicatoires; moxa. Les vésicatoires ont été employés par un grand nombre de médecins. Déjà Boër, à la fin du siècle dernier, avait préconisé ce moyen, qui depuis a été mis en usage par plusieurs médecins allemands et quelques français. Lorsque l'inflammation est très vive, que le membre est très gonflé et très douloureux, qu'il y a une réaction violente, on doit être prudent dans l'application du vésicatoire, qui pourrait augmenter l'inflammation au lieu de la calmer. Ce sont les *vésicatoires volants* qui doivent être appliqués. Il faut les mettre sur le trajet des vaisseaux, et principalement sur les points douloureux. Le *moxa*, employé par Boyle, agit de la même manière. C'est à la partie supérieure de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, que ce médecin l'appliquait.

Frictions. Les frictions médicamenteuses, et principalement les *frictions mercurielles*, ont été le plus souvent préconisées. Osiander mêlait l'onguent mercuriel à la digitale et à l'huile de jusquiame pour pratiquer des frictions résolutives. *Ces substances doivent être mélangées par parties égales.* Que l'on fasse des frictions simplement mercurielles ou des frictions composées, il importe de les pratiquer deux ou trois fois par jour, et sur une grande étendue du membre affecté. C'est surtout à l'époque où les premiers symptômes inflammatoires sont tombés qu'on doit avoir recours à ce moyen.

Scarifications. Suivant Fricke, des scarifications plus ou moins nombreuses

(1) *Gaz. méd.*, novembre 1832.

sont utiles pour procurer le dégorgement du membre ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, lorsque la veine est enflammée et obstruée, on criblerait le membre d'ouvertures sans faire disparaître l'engorgement, et, de plus, la tendance à l'inflammation qui existe dans les parties affectées peut rendre ces blessures dangereuses. A ces scarifications Fricke (1), joignait les fomentations narcotiques, les frictions mercurielles et les douches d'eau chaude.

Compression. La compression a été recommandée par plusieurs auteurs. M. Récamier veut qu'on la pratique avec des bandes de flanelle larges de trois ou quatre travers de doigt, médiocrement serrées, et qu'on a soin de recouvrir avec du taffetas gommé. M. Velpeau a obtenu de bons effets de la compression. C'est généralement à l'époque où la douleur a cessé et où les symptômes sont uniquement dus à l'obstruction de la veine, que ce moyen est utile.

Résolutifs. Les fomentations avec le vinaigre, le vin chaud, les compresses trempées dans l'eau blanche, en un mot les fomentations résolutives sont généralement mises en usage sans qu'on puisse en déterminer l'efficacité. On n'y a recours que vers la fin de la maladie. Les *bains iodurés* et les *bains alcalins* sont également recommandés, mais sans qu'aucune série d'observations puisse nous en faire apprécier l'influence.

M. Gendrin (2), qui vante l'efficacité des grands vésicatoires dans la phlébite, les recommande surtout dans la phlegmatia alba dolens ; mais les faits nous manquent pour apprécier leur utilité réelle.

Résumé ; ordonnances. Tel est le traitement de la phlegmatia alba dolens. J'ai déjà dit qu'il fallait y joindre celui de la phlébite en général ; les saignées, les émollients, etc. Je n'ai pas besoin d'ajouter que s'il se forme des abcès, on doit les ouvrir dès que la fluctuation est sensible ; que le ventre doit être tenu libre, pour éviter toute plénitude dans le bassin, etc. Mais ce qu'il faut noter, c'est que la *position du membre* sur un plan incliné, de manière que l'extrémité soit plus élevée que le tronc, favorise la circulation collatérale du sang, s'oppose à ce que la stase du sang veineux soit très considérable, rend moindres, par conséquent, les accidents consécutifs et hâte beaucoup la guérison.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHLEGMATIA COMMENÇANTE AVEC SIGNES D'INFLAMMATION VIOLENTE.

1° Pour tisane, bourrache miellée.

2° Saignée du bras, répétée deux ou trois fois, tant que les symptômes fébriles ne seront pas abattus. De 20 à 30 sangsues sur le point douloureux ; réitérer cette application si la douleur n'a pas notablement perdu de son intensité.

3° De 0,05 à 0,15 gramm. d'extrait gommeux d'opium en pilules, en augmentant graduellement la première dose.

4° Placer le membre dans une position telle que l'extrémité soit beaucoup plus élevée que le tronc.

5° Diète sévère. Épargner au malade tous les mouvements spontanés qui peuvent augmenter la douleur.

(1) *Ann. der chir. Abth. des allg. Krank.* Hambourg, 1828.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 novembre 1832.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OÙ, LA DOULEUR ÉTANT NOTABLEMENT DIMINUÉE, L'ŒDÈME RESTE CONSIDÉRABLE.

1° Pour boisson :

℞ Décoction de chiendent.... 500 gram. | Nitrate de potasse..... de 4 à 12 gram.

2° Pratiquer trois fois par jour sur le membre des frictions avec 2 grammes d'onguent napolitain seul ou associé à la digitale et à la jusquiame, suivant la formule d'Osiander (voy. p. 132).

3° Appliquer un bandage roulé, sec ou imbibé de liqueurs résolutives, sur toute l'étendue du membre.

4° Position du membre œdématié, *ut suprà.*

5° Aliments légers. Repos absolu.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS OÙ TOUTE DOULEUR A DISPARU, ET OÙ L'INFILTRATION SÉREUSE OU SÉRO-PURULENTE CONSTITUE, AVEC L'OBSTRUCTION DE LA VEINE, TOUTE L'AFFECTION.

1° Boisson diurétique, *ut suprà.*

2° Vésicatoires volants sur les points primitivement occupés par la lésion des veines.

3° Compression, *ut suprà.*

4° Frictions mercurielles sur les points où la peau a conservé son intégrité.

5° Ouvrir les foyers purulents, dès que la fluctuation s'y fait sentir.

6° Purgatifs modérés répétés tous les jours.

7° Régime moins sévère que dans les cas précédents, à moins que des inflammations suppuratives partielles ne fassent redouter de nouveaux accidents.

Ce traitement suffit ordinairement pour triompher de la phlegmatia alba dolens. Je n'introduirai pas dans ces ordonnances les autres moyens indiqués plus haut, parce que c'est au médecin à juger de l'opportunité de leur administration.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Moyens prescrits contre la phlébite en général ; vomitifs ; purgatifs ; mercuriaux ; narcotiques ; diurétiques ; digitale ; iode ; vésicatoires ; frictions mercurielles et narcotiques ; compressions ; fomentations résolutives ; bains iodurés et alcalins.

SECTION QUATRIÈME.

MALADIES DU SANG.

Aujourd'hui personne n'émet aucun doute sur l'existence d'altérations plus ou moins profondes du sang donnant lieu à des symptômes déterminés. Des recherches nombreuses sur l'état de ce liquide, tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique, sont venues, sur ce point, nous fournir des renseignements très précieux.

Il est donc absolument indispensable, dans un traité de pathologie, de donner une place à part à ces affections, qu'on a voulu un moment confondre avec les lésions de tissu. Dans cette section, je traiterai d'abord des maladies qui sont uniquement constituées par un état particulier du sang, telles que la pléthore, l'anémie, la chlorose, le scorbut, et ensuite de celles qui, avec l'altération du sang, présentent d'autres états pathologiques primitifs, telles que la syncope et l'asphyxie, qui se lient à des lésions fonctionnelles du système nerveux ou de l'appareil respiratoire.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES PRIMITIVEMENT CONSTITUÉES PAR UN ÉTAT ANORMAL DU SANG.

Dans tous les temps on a remarqué que, chez certains sujets, le sang est tantôt plus riche, tantôt plus pauvre qu'à l'état normal, ce qui entraîne une certaine série de symptômes quelquefois fort graves. On a vu aussi que des altérations particulières, comme celles du scorbut, donnaient lieu à des affections générales bien caractérisées, et tous les traités de pathologie contiennent la description de ces maladies. Mais, dans ces dernières années, les observateurs, appliquant à ces recherches des expériences rigoureuses, sont arrivés à des résultats plus précis qu'on ne l'avait fait avant eux, et, relativement à la cause matérielle des symptômes, c'est à eux principalement qu'il faut avoir recours. Parmi les travaux modernes, il n'en est aucun qui puisse nous être d'une plus grande utilité que ceux qui ont été entrepris par MM. Andral et Gavarret, et surtout que le dernier ouvrage de M. Andral sur ce sujet (1).

ARTICLE I.

PLÉTHORE.

Autrefois on admettait un assez grand nombre de divisions dans la pléthore : c'est ainsi que l'augmentation permanente de la quantité du sang était distinguée sous le nom de *pléthore vraie;* qu'une espèce de dilatation du sang, distendant momentanément le système circulatoire, était désignée sous le nom de *pléthore fausse;* que le défaut de proportion du sang avec les cavités qui doivent le contenir, comme après les grandes amputations, avait sa description spéciale, etc. Mais les recherches récentes ont fait justice de ces divisions fondées sur de simples apparences, et M. Andral est arrivé à cette conclusion, qu'une proportion trop considérable des globules est le seul caractère anatomique de la pléthore. M. Beau, dans ces derniers temps, a admis l'existence d'une *pléthore séreuse;* j'en dirai un mot dans l'histoire de l'anémie et de la chlorose. Quant aux pléthores *bilieuse, lymphatique*, etc., elles ne sont que des états locaux qui ne méritent pas un pareil nom.

(1) *Essai d'hématologie pathologique*. Paris, 1843.

§ I. — Définition, fréquence.

Il suit de ce que je viens de dire que la pléthore, abstraction faite de la pléthore séreuse, dont il n'est pas question ici, doit être définie : Un état pathologique caractérisé anatomiquement par l'augmentation des globules sanguins. Quant à la *fréquence* de cet état, nous n'avons pas de données positives. Si l'on s'en rapportait aux observations où les sujets sont désignés sous le nom de *pléthoriques*, on pourrait croire que la pléthore est beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est réellement. Cette question est liée à celle des tempéraments, sur laquelle il y a encore tant à faire.

§ II. — Causes.

On a remarqué, relativement à l'*âge*, que les adultes sont plus disposés à la pléthore que les enfants et les vieillards; viennent ensuite ces derniers, car les enfants présentent très rarement cet état particulier de l'organisme. Le plus grand nombre des cas a été observé chez des sujets du *sexe féminin*, ce que l'on explique par la vie sédentaire des femmes, car la *vie sédentaire* est aussi une condition favorable au développement de cette indisposition.

De toutes les *saisons*, le printemps, surtout au début des chaleurs, est celle où se manifestent le plus fréquemment les accidents de la pléthore. Mais peut-on dire que la pléthore elle-même se produit alors? Non, sans doute, car souvent le sang est déjà, depuis un certain temps, trop riche en globules, lorsque les premières chaleurs, activant la circulation, viennent rendre cette surabondance manifeste. Doit-on voir, dans l'état de *grossesse* même, une prédisposition à cette pléthore, qui oblige si souvent les femmes à se faire saigner, ou faut-il chercher la cause des accidents dans la vie plus sédentaire, dans la nourriture plus abondante des femmes enceintes? C'est ce que les recherches des auteurs ne permettent pas de décider. Les sujets qui sont affectés de pléthore ont, en général, un *embonpoint* assez notable; mais est-il permis de dire que l'embonpoint est une cause prédisposante de la pléthore? N'est-il pas simplement un effet des causes qui produisent celle-ci? D'ailleurs il n'est pas très rare de voir des sujets maigres offrir tous les accidents de la pléthore.

Quelle que soit l'importance de ces *causes prédisposantes*, toujours est-il que, dans un bon nombre de cas, il faut avoir recours, pour expliquer l'existence de la pléthore, à une prédisposition cachée, à une constitution primordiale du sang, comme le dit M. Andral. Cette vérité est démontrée par la production de la pléthore dans des cas où toutes ces causes manquent, aussi bien que les causes occasionnelles dont il va être question, et où, dès le jeune âge, on remarque une tendance invincible du sang à se charger d'une trop grande quantité de globules.

Les *causes occasionnelles* sont de deux ordres, ainsi que le fait remarquer Rochoux (1), savoir : 1° l'introduction dans le sang d'une plus grande quantité de matériaux que n'en exige l'entretien du corps; 2° la rétention, dans ce liquide, de substances qui auraient dû en sortir par les excrétions. Une *nourriture* trop abondante, trop substantielle ; l'usage des vins généreux, etc., appartiennent au premier ordre ; le second comprend la suppression d'une évacuation habituelle,

(1) *Dict. de méd.*, art. PLÉTHORE.

d'une saignée de précaution, d'un flux quelconque, et en particulier du flux hémorrhoïdal. Dans ce dernier ordre aussi doivent être rangés les résultats de certaines causes prédisposantes, telles que la vie sédentaire et la mollesse ; car, en pareil cas, ce qui occasionne les accidents, c'est la disproportion de l'alimentation et des pertes journalières du corps. Ajoutons, et ce sera une nouvelle preuve de l'existence d'une prédisposition cachée, que ces causes sont loin de produire nécessairement la phlétore, et que les cas où elles existent sans que l'effet ait lieu ne sont pas rares.

§ III. — Symptômes.

Ce n'est que par degrés que se développe la pléthore. Aussi arrive-t-il souvent que, dans le principe, les sujets, loin de se croire malades, se trouvent plus forts, plus dispos, et se félicitent de ce surcroît d'énergie de toutes leurs fonctions. Mais plus tard quelques accidents, légers encore, viennent annoncer que les limites sont dépassées. Loin d'être plus actifs que dans l'état normal, ainsi qu'ils l'étaient d'abord devenus ; loin d'avoir une digestion plus active, une respiration plus libre, etc., les sujets se sentent lourds, ils ne peuvent pas se livrer à une occupation suivie, ils ont une grande tendance à s'endormir, surtout après les repas ; leur face devient plus colorée, turgescente, en un mot l'état de plénitude se fait déjà sentir.

Plus tard ces accidents, d'abord supportables, prennent un plus grand accroissement, et voici ce que l'on observe : la *face* est vivement colorée ; l'œil brillant. La *tête* est lourde ; les sujets y éprouvent un sentiment de tension, quelquefois une véritable douleur ; ils ont des bourdonnements, des tintements d'oreille. Parfois la *vision* est troublée, les objets paraissent colorés en rouge, et souvent des *étourdissements* viennent effrayer les malades, surtout après de grands efforts, au moment où ils se relèvent après s'être baissés pendant un certain temps, après l'acte de la défécation, etc. Quelques uns éprouvent un sentiment de *pesanteur*, une *lassitude* générale ; tous ont une tendance plus ou moins grande au *sommeil*, et leur sommeil est lourd, prolongé, avec des rêvasseries. Le réveil est pénible, long ; les sujets restent longtemps encore dans un état de torpeur. Par moments, une tension plus grande de la tête et des *bouffées de chaleur* se font sentir. Les *battements du cœur* sont grands et forts. Quelques médecins ont cru trouver un bruit de souffle dans cet organe ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Andral, ce symptôme n'appartient pas à la phléthore ; dans les cas où on l'a *noté*, il y avait une complication de maladie du cœur. Le *pouls* est large, grand ; il bat lentement et avec force ; on le déprime difficilement. La respiration elle-même ne se fait plus avec la même facilité ; il y a un sentiment de plénitude dans la poitrine et quelquefois une véritable chaleur. Enfin du dégoût, de l'anorexie, la pesanteur de l'épigastre, la constipation, peuvent venir se joindre à cet appareil de symptômes.

Tous les sujets ne présentent pas l'ensemble de ces phénomènes, quoique la maladie n'en soit pas moins bien caractérisée. L'état de la circulation et de l'innervation fournit les symptômes les plus précieux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

La *marche* de la pléthore est graduelle et continue ; dans certaines circonstances,

n'avaient point attribué l'existence de ce cordon à l'inflammation et à l'induration des veines, car ils le regardaient comme le résultat de l'inflammation des lymphatiques superficiels. L'existence de ce cordon est un des signes les plus importants de la maladie. Tantôt il suit assez exactement le trajet de la veine fémorale, tantôt il est très sinueux et occupe alors les veines superficielles. Chez la femme dont j'ai parlé plus haut et dont j'observe actuellement la maladie, il s'est formé, au milieu de la partie interne de la cuisse, un cercle parfait de sept à huit centimètres de diamètre, et constitué par un cordon dur, saillant, présentant à d'assez courtes distances des nœuds très sensibles au toucher.

Ce cordon est un indice évident de la phlébite et de la coagulation du sang dans la veine. Dans quelques cas, et Lugol (1) en a cité un exemple remarquable, presque toutes les veines d'un des membres inférieurs deviennent ainsi dures et noueuses dans une grande étendue; dans d'autres, au contraire, comme dans le cas que je viens de citer, un point assez limité est occupé par la phlébite.

Des *traînées rougeâtres* se rendent aux ganglions lymphatiques tuméfiés et douloureux, lorsque les vaisseaux lymphatiques participent à l'inflammation ; mais ce symptôme est loin d'être constant.

Enfin, pour terminer cette description des symptômes locaux, je dois ajouter que parfois on voit des abcès se développer dans le membre affecté; qu'un érysipèle, des escarres gangréneuses peuvent s'y montrer, et que la maladie acquiert alors une gravité non douteuse.

Pendant que les symptômes locaux se manifestent et se développent, l'*état fébrile* survient ou persiste s'il avait apparu primitivement; mais comme sous ce rapport la phlegmatia alba dolens ne présente rien qui diffère de ce que nous avons trouvé dans la phlébite, je renvoie à la description de cette dernière pour les symptômes généraux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la phlegmatia alba dolens est continue. Celle des premiers symptômes, c'est-à-dire des symptômes réellement inflammatoires, est ordinairement rapide. Il n'en est pas de même des symptômes consécutifs à la phlébite, c'est-à-dire de l'œdème, de l'infiltration séreuse ou séro-purulente, des abcès du membre, etc., qui peuvent persister longtemps. Il en résulte que la durée de l'affection ne saurait être, dans l'état actuel de la science, indiquée d'une manière précise. On l'a vue se dissiper en vingt ou trente jours, ou durer plusieurs mois. Ce qui dans certains cas augmente beaucoup la durée de la maladie, c'est son passage d'un membre à l'autre. Ce fait a été observé maintes fois, sans qu'on ait pu trouver dans les veines du bassin des traces de la progression du mal. Dans un nombre assez considérable de cas, l'affection se termine par la résolution. En pareil cas, la douleur diminue d'abord ; le mouvement fébrile tombe, et le malade peut imprimer de légers mouvements au membre, sans souffrir beaucoup. La douleur à la pression persiste cependant encore, mais à un bien moindre degré, puis le gonflement diminue, et l'on a remarqué que cette diminution a lieu d'abord dans la portion du membre affectée la première. Ensuite, s'il ne survient pas de nouveaux

(1) *Journal des progrès*, t. XIV.

accidents, le membre revient peu à peu à son état naturel, sauf toutefois le point occupé par le cordon noueux induré, qui ne s'assouplit que très lentement, et dont les nodosités peuvent encore être senties longtemps après qu'une diminution notable de l'œdème a annoncé la cessation de l'inflammation. Dans le cas que j'ai déjà cité, le cordon noueux, qui, dans le fort de l'inflammation, présentait une couleur d'un rouge foncé, a pris, quand les symptômes aigus sont tombés, une teinte plus blanche que les parties environnantes.

Lorsque le cordon veineux reste ainsi dur, volumineux, et par conséquent obstrué, on aurait peine à comprendre la diminution de l'œdème, si, dans un certain nombre de cas, on n'observait une circulation collatérale plus ou moins manifeste. M. Duplay a cité à ce sujet quelques observations intéressantes empruntées à Dance, à MM. Amstein et Robert Lee, mais qu'il serait inutile de rappeler ici.

A mesure que l'œdème diminue, on voit la partie tuméfiée conserver plus facilement l'empreinte du doigt, et l'infiltration prendre par conséquent les caractères d'un œdème ordinaire.

Enfin, au bout d'un temps ordinairement assez long, l'œdème a disparu, le cordon noueux ne se sent plus, et de deux choses l'une : ou la veine s'est oblitérée, ou la circulation s'est rétablie dans son intérieur. Dans le premier cas, la circulation collatérale mentionnée plus haut vient y suppléer ; mais quelquefois elle est insuffisante, et l'on a vu se former alors des collections séreuses sur lesquelles M. Bouillaud a principalement attiré l'attention et dont il sera question plus tard.

La formation des abcès et l'apparition des autres accidents déjà indiqués viennent souvent entraver cette terminaison et prolonger outre mesure la durée de l'affection. Ces lésions sont quelquefois si graves, notamment quand elles se produisent dans l'intérieur du bassin, qu'elles déterminent la mort, qui est aussi quelquefois causée par une gangrène consécutive, comme on le voit dans les observations de Manne, citées par M. Gerhard (de Strasbourg) et mentionnées par M. Duplay.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion anatomique la plus importante est, sans contredit, l'inflammation des veines. On a trouvé dans les vaisseaux toutes les lésions indiquées dans l'article *Phlébite*, et qu'il serait inutile de rappeler ici. Les observateurs les plus rigoureux ont constaté l'existence de cette inflammation *dans tous les cas*, et dans les observations connues on peut suivre très facilement la succession des phénomènes qui se passent d'abord dans la veine et plus tard dans les tissus environnants. On a trouvé cette inflammation aussi bien dans les cas de phlegmatia alba dolens observés chez les femmes en couches, que dans ceux où la maladie était due à un cancer du bassin, ou à toute autre cause locale, soit chez les hommes, soit chez les femmes. Depuis dix ans que mon attention est fixée sur ce point, et pendant lesquels j'ai vu des cas nombreux de phlegmatia dans les circonstances les plus variées, *je n'ai pas trouvé une seule exception à cette règle*. Il faut donc admettre que c'est là la lésion essentielle, la lésion propre à la phlegmatia alba dolens; et bien que la description de la maladie n'ait point dans les auteurs toute la précision désirable, le fait que je viens de signaler, et qui avait déjà frappé MM. Velpeau, Bouil-

laud, Andral (1), a été mis hors de doute par les recherches de MM. Robert Lee et Duplay.

Les lésions des ganglions et des vaisseaux lymphatiques ne sont pas rares, il est vrai, mais elles ne sont pas constantes. Elles ne se lient pas, comme les lésions des veines, aux principaux symptômes observés ; elles sont souvent consécutives, et ne méritent pas par conséquent l'importance que leur ont attribuée certains auteurs. Ces lésions sont celles de l'inflammation, qui sera décrite dans un article suivant.

Les lésions de l'utérus et de ses annexes s'observent chez les femmes nouvellement accouchées; elles seront décrites à l'article *Fièvre puerpérale*. Celles des symphyses se remarquent également dans les mêmes circonstances. M. Velpeau les a notées dans les cas soumis à son observation; mais bien qu'elles aient une importance réelle, puisqu'elles peuvent avoir été le point de départ de la maladie en communiquant l'inflammation aux veines voisines, elles ne sauraient constituer une lésion anatomique essentielle, car la phlegmatia alba dolens se montre dans des cas où les symphyses sont parfaitement saines.

Il résulte de ces considérations que la phlegmatia alba dolens est véritablement une phlébite à laquelle peuvent venir se joindre beaucoup d'autres lésions. On ne saurait plus l'attribuer à une inflammation des vaisseaux lymphatiques, de l'aponévrose fascia lata, du tissu cellulaire du membre, ou bien à un simple rhumatisme, comme tant d'auteurs l'avaient fait jusqu'à présent.

Lorsque l'infection purulente est venue mettre un terme à l'affection, on trouve, dans les différents organes, les lésions décrites dans l'article précédent.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la phlegmatia alba dolens est des plus faciles. La douleur le long du trajet des vaisseaux, le gonflement du membre et l'existence du cordon noueux, viennent lever tous les doutes. Quelquefois cependant le cordon veineux enflammé est difficilement accessible à l'exploration, soit que la veine ait une situation profonde, soit que le membre ait acquis un volume trop considérable. Mais, en pareil cas même, le siége de la douleur, la marche des symptômes et la nature de l'œdème font reconnaître la maladie, en sorte qu'il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails sur ce diagnostic.

Pronostic. L'affection dont il s'agit est toujours sérieuse, puisque, dans un nombre assez considérable de cas, elle peut se terminer par la mort. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus grave chez les nouvelles accouchées que chez les autres sujets. Lorsque l'inflammation des veines a une très grande étendue, la maladie est plus alarmante que dans les cas où elle est limitée à un petit espace.

La formation d'abcès, d'infiltrations purulentes, l'apparition d'un érysipèle, et surtout la production de la gangrène, ajoutent beaucoup à la gravité de l'affection. Enfin, lorsque l'infection purulente se manifeste, la mort est, comme on le sait, presque inévitable.

Après la guérison de la phlegmatia, les veines peuvent rester oblitérées, comme je l'ai dit plus haut. Cette oblitération produit des infiltrations chroniques, et, par conséquent, la possibilité de ces accidents consécutifs donne à la maladie une gravité plus grande.

(1) *Rapport à l'Académie sur le mémoire de M. Velpeau.*

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la phlegmatia alba dolens doit être fondé sur les mêmes principes que celui de la phlébite. Toutefois il présente des particularités qui méritent d'être connues. C'est sur ces dernières que j'insisterai, renvoyant à l'article précédent pour ce qui est relatif au traitement de la phlébite elle-même.

1° Médication interne.

Vomitifs. Parmi les remèdes internes, nous trouvons d'abord les *vomitifs*, qui ont été regardés par quelques auteurs comme un des meilleurs moyens à employer. Busch (1) a mis en usage le *tartre stibié* à haute dose, tel qu'il est administré dans la pneumonie, et il a, dit-il, obtenu par ce moyen d'assez nombreux succès. Mais il faisait faire en même temps des frictions mercurielles sur la partie affectée. M. Jennings a administré l'*ipécacuanha*, mais uni au calomel.

Purgatifs. Les *purgatifs* n'ont pas été fréquemment mis en usage, à moins qu'on ne range parmi eux le *calomel* recommandé par White (2), par Siebold et par plusieurs autres auteurs allemands et anglais. Mais on doit plutôt admettre que ce médicament agit comme altérant. Siebold (3) a observé qu'on pouvait le donner à haute dose sans produire la salivation : 0,50, 0,60 *gramm.* par jour, et même 1 *gramme*, seront prescrits dans les cas où la maladie offrira quelque gravité. Il est inutile de dire qu'aucun relevé de faits ne nous fait connaître l'efficacité réelle de ce médicament.

Parmi les cas traités par les *purgatifs simples*, il n'en est pas de plus remarquable que celui qui a été signalé par M. Chomel (4), et qui fut observé chez une femme en dehors de toute influence puerpérale. Le sujet avait une suppression de règles. On administra un purgatif; les règles reparurent, et les purgatifs ayant été répétés, l'œdème douloureux ne tarda pas à disparaître. Il est à regretter que cette observation ne soit pas rapportée avec détail, car on conçoit très bien qu'un simple développement de l'utérus ait pu déterminer un œdème local d'une tout autre nature que la phlegmatia alba dolens.

Des boissons *délayantes* ou *acidulées* sont généralement prescrites dans le cours de la maladie; mais il est évident qu'elles n'ont aucune efficacité par elles-mêmes.

Narcotiques. Lorsque la douleur est très considérable, on ne doit pas hésiter à administrer les narcotiques pour procurer quelques instants de repos aux malades. L'*opium* est le meilleur moyen à employer dans ce but. On a administré également la *jusquiame*, l'*eau distillée de laurier-cerise*, etc.; tous ces moyens doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

Diurétiques; digitale. Lorsque l'œdème existe seul, que l'inflammation s'est dissipée, et que les accidents sont dus principalement à l'oblitération de la veine, on emploie, pour obvier à la stase sanguine, les diurétiques, que l'on peut porter à haute dose : de *4 à* 12 *grammes de nitrate de potasse dans* 500 *grammes de liquide*, par exemple. C'est également en pareil cas que la *digitale* a été prescrite ;

(1) *Gem. deuts. Zeitsch. für Geb.*, 2ᵉ vol. 1828.
(2) *An inq. into the nat. and cause of that swell.*, etc. Warrington, 1784.
(3) *Handb. zur Erk.*, etc. Frankf., 1826.
(4) *Revue des clin. méd. de l'Hôtel-Dieu* (*Gaz. méd.*, t. III, 28 mars 1835).

mais, comme son administration ne présente rien de particulier, j'en parlerai à l'occasion des hydropisies. Je me bornerai seulement à dire que Groetzner, qui la regarde comme un spécifique dans l'affection dont il s'agit, la donne en infusion à la dose de 0,60 *gramm. à* 1 *gramme* 0,25 dans 300 *grammes* d'eau, et que Davin la prescrit à la dose de 0,1 *gramme toutes les deux ou trois heures*, en pilules ou dans une potion.

Je n'insisterai pas davantage sur toutes ces médications, qui ne nous présentent rien de positif; car il ne s'agit pas seulement d'avoir vu guérir sous leur influence présumée un certain nombre de malades affectés de phlegmatia alba dolens, puisque cette affection n'est pas nécessairement mortelle; il faudrait encore prouver que cette influence a été réelle, et c'est ce que n'ont point fait les auteurs.

Iode. Le docteur Bacon (1) a indiqué un traitement particulier; il consiste principalement dans l'emploi de l'iode prescrit de la manière suivante :

℞ Iode.................. 0,025 gram.	Eau distillée.............. 45 gram.
Hydriodate de potasse 0,50 à 0,75 gram.	

A prendre en trois fois.

Il faudrait des expériences nombreuses pour démontrer le degré d'efficacité d'un semblable moyen.

En général, on peut dire que les effets du *traitement interne* de la phlegmatia alba dolens sont fort incertains. Aussi est-ce au traitement externe que l'on a le plus souvent recours, et c'est celui qui présente le plus grand nombre de moyens particuliers importants à connaître.

2° Médication externe.

Vésicatoires ; moxa. Les vésicatoires ont été employés par un grand nombre de médecins. Déjà Boër, à la fin du siècle dernier, avait préconisé ce moyen, qui depuis a été mis en usage par plusieurs médecins allemands et quelques français. Lorsque l'inflammation est très vive, que le membre est très gonflé et très douloureux, qu'il y a une réaction violente, on doit être prudent dans l'application du vésicatoire, qui pourrait augmenter l'inflammation au lieu de la calmer. Ce sont les *vésicatoires volants* qui doivent être appliqués. Il faut les mettre sur le trajet des vaisseaux, et principalement sur les points douloureux. Le *moxa*, employé par Boyle, agit de la même manière. C'est à la partie supérieure de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, que ce médecin l'appliquait.

Frictions. Les frictions médicamenteuses, et principalement les *frictions mercurielles*, ont été le plus souvent préconisées. Osiander mêlait l'onguent mercuriel à la digitale et à l'huile de jusquiame pour pratiquer des frictions résolutives. *Ces substances doivent être mélangées par parties égales.* Que l'on fasse des frictions simplement mercurielles ou des frictions composées, il importe de les pratiquer deux ou trois fois par jour, et sur une grande étendue du membre affecté. C'est surtout à l'époque où les premiers symptômes inflammatoires sont tombés qu'on doit avoir recours à ce moyen.

Scarifications. Suivant Fricke, des scarifications plus ou moins nombreuses

(1) *Gaz. méd.*, novembre 1832.

sont utiles pour procurer le dégorgement du membre ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, lorsque la veine est enflammée et obstruée, on criblerait le membre d'ouvertures sans faire disparaître l'engorgement, et, de plus, la tendance à l'inflammation qui existe dans les parties affectées peut rendre ces blessures dangereuses. A ces scarifications Fricke (1), joignait les fomentations narcotiques, les frictions mercurielles et les douches d'eau chaude.

Compression. La compression a été recommandée par plusieurs auteurs. M. Récamier veut qu'on la pratique avec des bandes de flanelle larges de trois ou quatre travers de doigt, médiocrement serrées, et qu'on a soin de recouvrir avec du taffetas gommé. M. Velpeau a obtenu de bons effets de la compression. C'est généralement à l'époque où la douleur a cessé et où les symptômes sont uniquement dus à l'obstruction de la veine, que ce moyen est utile.

Résolutifs. Les fomentations avec le vinaigre, le vin chaud, les compresses trempées dans l'eau blanche, en un mot les fomentations résolutives sont généralement mises en usage sans qu'on puisse en déterminer l'efficacité. On n'y a recours que vers la fin de la maladie. Les *bains iodurés* et les *bains alcalins* sont également recommandés, mais sans qu'aucune série d'observations puisse nous en faire apprécier l'influence.

M. Gendrin (2), qui vante l'efficacité des grands vésicatoires dans la phlébite, les recommande surtout dans la phlegmatia alba dolens ; mais les faits nous manquent pour apprécier leur utilité réelle.

Résumé ; ordonnances. Tel est le traitement de la phlegmatia alba dolens. J'ai déjà dit qu'il fallait y joindre celui de la phlébite en général ; les saignées, les émollients, etc. Je n'ai pas besoin d'ajouter que s'il se forme des abcès, on doit les ouvrir dès que la fluctuation est sensible ; que le ventre doit être tenu libre, pour éviter toute plénitude dans le bassin, etc. Mais ce qu'il faut noter, c'est que la *position du membre* sur un plan incliné, de manière que l'extrémité soit plus élevée que le tronc, favorise la circulation collatérale du sang, s'oppose à ce que la stase du sang veineux soit très considérable, rend moindres, par conséquent, les accidents consécutifs et hâte beaucoup la guérison.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHLEGMATIA COMMENÇANTE AVEC SIGNES D'INFLAMMATION VIOLENTE.

1° Pour tisane, bourrache miellée.

2° Saignée du bras, répétée deux ou trois fois, tant que les symptômes fébriles ne seront pas abattus. De 20 à 30 sangsues sur le point douloureux ; réitérer cette application si la douleur n'a pas notablement perdu de son intensité.

3° De 0,05 à 0,15 gramm. d'extrait gommeux d'opium en pilules, en augmentant graduellement la première dose.

4° Placer le membre dans une position telle que l'extrémité soit beaucoup plus élevée que le tronc.

5° Diète sévère. Épargner au malade tous les mouvements spontanés qui peuvent augmenter la douleur.

(1) *Ann. der chir. Abth. des allg. Krank.* Hambourg, 1828.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 novembre 1832.

symptômes s'accroître rapidement, les accidents du tube digestif et l'infiltration augmenter, et les malades s'éteindre. L'hydropisie est une suite naturelle de l'anémie; mais faut-il, avec Hoffinger, regarder la phthisie, qui s'est montrée quelquefois après cette affection, comme produite par elle? C'est ce qui n'est pas vraisemblable.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont nombreuses, mais la principale est la diminution de la quantité normale des globules. Tandis que cette quantité est, terme moyen, 127 sur 1000, ainsi que nous l'avons vu à l'article *Pléthore*, dans l'anémie, elle peut descendre à 28; mais rarement la diminution est portée aussi loin, et les nuances sont nombreuses. Quant aux autres matériaux, M. Andral a trouvé que la fibrine et l'albumine du sérum ne diminuent pas, ou ne diminuent qu'assez tard dans l'anémie spontanée : preuve que la diminution des globules est son caractère anatomique essentiel. Mais il n'en est pas de même dans les anémies qui succèdent à des pertes de sang très considérables; alors la sécrétion qui se fait dans l'intérieur des vaisseaux pour combler le vide produit étant purement aqueuse, la proportion de la fibrine et de l'albumine peut être beaucoup moindre qu'à l'état normal. Dans ces cas, le sang qu'on trouve dans les vaisseaux ressemble à la sérosité rougeâtre de certains épanchements, et ce sont eux qui ont reçu plus particulièrement le nom d'*hydroémie*. Quant aux autres lésions, elles ne sont que des conséquences de cet état du sang; ce sont : la vacuité des vaisseaux, la décoloration des tissus, les diverses infiltrations. Il est inutile d'insister plus longtemps sur ce point.

Les lésions chroniques, cancer, tubercules, etc., dans le cours desquelles s'est développée l'anémie, doivent moins encore nous arrêter.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de l'anémie ne présente ordinairement aucune difficulté. Peut-être, dans quelques cas, on pourrait se demander si l'état de langueur, d'affaiblissement et de décoloration dans lequel se trouvent les malades n'est pas causé par une maladie organique plutôt que par un simple appauvrissement du sang. Mais on ne peut pas, à cet égard, établir de règle fixe de diagnostic : c'est au médecin à explorer les organes et les fonctions. On devra, en particulier, examiner le foie, dont les maladies se lient aux hydropisies, et donnent lieu à des colorations particulières qui pourraient en imposer.

Dans les épidémies observées chez les mineurs, on trouve, ai-je dit, quelques symptômes particuliers; mais il suffit d'être averti de leur existence pour qu'on ne s'en laisse pas imposer par eux. La maladie diffère d'ailleurs de toutes les autres par tant de points, qu'on n'en voit pas avec laquelle on pourrait la confondre.

Les anémiques sont sujets à des palpitations plus ou moins violentes, qui quelquefois ont été prises pour un symptôme de maladie du cœur. J'ai déjà signalé les différences notables que présentent les divers cas; je les rappellerai à l'article suivant.

Reste donc la *chlorose;* mais c'est un sujet que je ne dois aborder qu'après la description de cette dernière maladie. Il s'agira alors de rechercher si, comme quelques médecins l'ont pensé, la chlorose diffère réellement de l'anémie.

Le *pronostic* est très variable suivant les cas. S'il s'agit d'une anémie survenue à la suite d'évacuations sanguines excessives ou d'hémorrhagies abondantes, on en triomphe facilement, à moins que les hémorrhagies n'aient pour cause une lésion grave. L'anémie spontanée est plus rebelle ; mais si elle n'est due qu'à des conditions hygiéniques qui n'ont pas agi avec une énergie extrême, et qu'on peut facilement changer, on rend encore facilement les malades à la santé. Enfin, dans les épidémies chez les mineurs, on a pu, par un traitement approprié, guérir la grande majorité des malades; mais il en est quelques uns qui, en dépit de tous les moyens, ont fini par succomber après un temps plus ou moins long. Il est bien entendu que je mets de côté les cas où l'état anémique est dû à une lésion organique chronique ; la gravité de la maladie ne vient pas alors de l'anémie, mais de la lésion qui l'a causée.

§ VII. — Traitement.

Je ne crois pas devoir m'étendre longuement sur le traitement de l'anémie. Ce serait m'exposer à des redites inutiles; car, dans l'article suivant, à l'occasion de la *chlorose*, j'aurai à exposer presque tous les remèdes opposés à la maladie dont nous nous occupons. Je vais donc me borner à indiquer quelques moyens spéciaux.

Dans l'anémie qui survient après d'abondantes évacuations sanguines, il faut, si la maladie est portée au point de compromettre l'existence, ou si elle occasionne, au moindre mouvement, des syncopes effrayantes, placer les malades dans la *position horizontale ;* interdire les grands mouvements ; appliquer, si le cas est urgent, des *ligatures* sur les cuisses et les bras, pour maintenir dans le centre circulatoire une suffisante quantité de sang. Je n'ai pas besoin de dire que si l'hémorrhagie continuait, il faudrait s'empresser de l'arrêter par tous les moyens connus (1).

Après avoir paré à ces trois premiers inconvénients, il faut relever les forces et reconstituer le sang. On y parvient assez facilement, lorsque les accidents ne sont pas extrêmes, à l'aide des *toniques* et des *analeptiques.* Le quinquina, un peu de vin généreux, la gelée de viande, etc., suffisent ordinairement. Pour hâter le retour à la santé, aucun moyen n'est préférable aux *ferrugineux ;* je m'étendrai avec détail sur leur emploi dans le traitement de la chlorose.

M. le docteur Von Mauthner (2) nous dit qu'il a constaté par de nombreuses expériences que l'*extrait de sang de bœuf* rend de très grands services dans certains cas d'anémie chez les enfants quand les préparations ferrugineuses sont mal supportées. Il l'administre en poudre ou dissous dans l'eau à la dose de 50 centigrammes jusqu'à celle de 4 grammes. *Pour préparer cet extrait*, il suffit de prendre du sang de bœuf frais, de le passer au tamis, et de l'évaporer au bain-marie jusqu'à siccité.

Quelques *frictions* sèches, aromatiques, sur les membres et sur la région précordiale; un *exercice modéré* dès que les forces le permettent ; la soustraction des malades aux mauvaises conditions hygiéniques qui ont causé le développement de la maladie, complètent ce traitement, qui, je le répète, n'est présenté ici qu'en abrégé, parce qu'il doit être longuement exposé plus loin.

(1) Voy. les art. *Épistaxis*, *Hémoptysie*, etc.
(2) *Annales de la Flandre occidentale* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 août 1851.

ARTICLE III.

CHLOROSE.

Dans le précédent article, j'ai décrit une maladie caractérisée par l'appauvrissement du sang; dans celui-ci, je vais en étudier une qui a de grands rapports avec elle, mais qui cependant, sous le point de vue pratique, présente quelques particularités intéressantes. Nous verrons, à l'article *Diagnostic*, si ces particularités sont suffisantes pour en faire deux affections différentes.

Il est certain que la chlorose a été fort anciennement connue; mais on ne saurait, avec F. Hoffmann (1), en trouver une indication précise dans les écrits d'Hippocrate. Rien de plus confus, en effet, que le peu de mots du médecin grec qui peuvent s'y rapporter (2), et c'est Hoffmann lui-même qui a le premier donné une description satisfaisante de la maladie. Depuis lors, un très grand nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet, et la chlorose est une des maladies les mieux connues.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Dans l'état actuel de la science, on doit définir la chlorose : Un état morbide caractérisé par une pâleur particulière de la face, par des troubles variés des diverses fonctions, avec langueur et faiblesse, et offrant, comme altération anatomique générale, une diminution d'abord des globules, puis des autres matériaux solides du sang. On voit déjà par là qu'il n'y a pas une différence bien notable entre cette affection et l'anémie. Les troubles plus grands des fonctions, et les circonstances dans lesquelles elle se développe, offrent seuls quelques dissemblances. Il me suffira donc, dans cet article, d'insister sur ces particularités.

C'est surtout d'après la coloration de la face qu'on a imposé à cette affection les diverses dénominations sous lesquelles elle est connue : *Fœdus color; chlorosma; pallidus morbus; icterus albus;* ou bien *green sickness*, mot employé par les Anglais, et *Milk Farbe* par les Allemands. Tous ces noms expriment l'altération du teint des malades. Comme cette affection attaque principalement les jeunes filles, on lui a aussi donné les noms de *morbus virginum*, *febris virginea*, etc.; dénominations fondées sur une observation vulgaire et très superficielle.

La chlorose est une maladie *fréquente*, et par conséquent elle offre un intérêt réel au praticien, souvent appelé à la traiter.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La chlorose se montre, dans la grande majorité des cas, à l'époque de la puberté. Cependant il n'est pas rare de la voir chez des sujets qui ont passé l'*âge* de vingt ans : les auteurs en contiennent d'assez nombreux exemples. Les *vieillards* n'en sont point atteints, ou du moins on n'a pas cité d'exemple de cette maladie chez eux. Les enfants en sont-ils affectés? Depuis Sauvages (3) on a cité un nombre considérable de cas de chlorose chez les *enfants*. Mais suivant plusieurs auteurs,

(1) *Opera omnia; suppl. sec. Valetudinarium virginale*, cap. III, Gen. 1760.

(2) *De morb. virgin.*

(3) *Nosologie méthodique.*

et entre autres suivant M. Marshall-Hall (1), l'affection était, dans ces cas, une simple anémie différente de la chlorose. Récemment M. Becquerel (2) a soutenu la même opinion. Je dois dire que les différences signalées dans l'anémie des enfants et dans la chlorose des adolescents ne m'ont pas paru suffisantes : c'est une question qui reviendra plus tard.

Cette affection est si rare chez les hommes et si commune chez les femmes, qu'on lui a, comme on l'a vu plus haut, donné des noms qui ne sont applicables qu'à une affection propre au *sexe féminin;* mais plusieurs auteurs, parmi lesquels on peut citer Désormeaux, Copland (3), et plus récemment M. Tanquerel des Planches (4), ont vu des exemples de chlorose chez l'homme. Celui qui a été rapporté par M. Tanquerel est très bien caractérisé.

Les autres causes prédisposantes signalées par les auteurs sont celles de l'anémie, en sorte qu'il est inutile d'y revenir. J'ajouterai seulement que l'*habitation des villes* et les *habitudes de mollesse* ont une influence marquée sur la production de la chlorose. M. Marshall-Hall l'a trouvée extrêmement fréquente dans les manufactures où les enfants travaillent assis pendant des journées entières. Quant à la privation ou à l'abus des plaisirs vénériens, aux passions vives ou tristes, aux désirs contrariés, à l'usage d'aliments ou de boissons extraordinaires, ne doit-on pas y voir plutôt les signes d'une chlorose commençante qui déprave le goût et pervertit les facultés intellectuelles, qu'une cause même de maladie? On ne peut nier que, dans un bon nombre de cas, il n'en soit ainsi. Dans quelques uns en est-il autrement? C'est ce qui n'est pas prouvé.

Une autre cause bien fréquente de chlorose, et qui a été bien longtemps méconnue, est la *grossesse*. Tous les jours on voit des femmes qui se présentent pour se faire soigner parce qu'elles éprouvent de la pesanteur de tête, des étourdissements, des palpitations, etc. Elles sont trompées, comme beaucoup de médecins, par la croyance que ces accidents sont dus à la pléthore, et de là bien des saignées inutiles et même nuisibles. C'est à M. Cazeaux (5) que nous devons d'avoir détruit cette erreur fâcheuse. Il a, en effet, démontré que tous ces symptômes doivent être attribués à une véritable chlorose. Il se fonde sur les résultats de l'analyse du sang, sur les symptômes, et enfin sur les succès du traitement par les ferrugineux qui remédie promptement à tous les accidents.

2° Causes occasionnelles.

Rien n'est plus difficile à déterminer que les causes occasionnelles de la chlorose. Cette affection commence d'une manière si lente et si insidieuse, qu'il est presque impossible de dire si les circonstances signalées comme causes ne sont pas déjà les premières manifestations du mal. Par exemple, l'aménorrhée, la constipation, l'état du système nerveux doivent-ils être considérés comme les causes primitives de la maladie? Quelques auteurs l'ont pensé; mais outre qu'en admettant tantôt une de ces causes, et tantôt l'autre, ils se sont opposé des arguments puissants, on trouve dans la marche de l'affection et dans les diverses circonstances où elle

(1) *Cyclop. of pract. med.*, art. CHLOROSIS.
(2) *Clinique des hôp. des enfants*, 3° année, p. 96 et 161.
(3) *Dict. of pract. med.* London, 1844. t. I, p. 314.
(4) *De la chlorose chez l'homme* (*Presse méd.*, juillet 1837).
(5) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 février 1850, t. XV, p. 448.

se produit des objections à ces opinions si diverses. Comment admettre, par exemple, que l'aménorrhée soit la cause réelle de la maladie, lorsque non seulement des femmes très abondamment réglées, mais encore des hommes, peuvent être chlorotiques? Ce qui a fait avancer ces assertions contradictoires, c'est qu'on n'a pas considéré l'ensemble des faits, mais seulement quelques cas plus ou moins frappants.

Quand on voit une aménorrhée succéder à une *frayeur*, et quelque temps après les signes de la chlorose se manifester, on est naturellement porté à croire que la suspension des règles est la cause déterminante qui nous occupe. Mais si l'on considère que la chlorose est loin de suivre toujours l'aménorrhée accidentelle, et que, dans les cas même où cette succession a lieu, les signes de l'altération du sang peuvent disparaître assez longtemps avant l'aménorrhée, on est déjà plus réservé dans son jugement, et bientôt les motifs de doute indiqués plus haut se présentent à l'esprit. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que ces états morbides, l'aménorrhée, les troubles intestinaux, peuvent, lorsqu'ils se sont produits, concourir à augmenter l'altération primitive du sang. Par là on explique la production de la chlorose, si fréquente à l'époque des premières menstrues, lorsque celles-ci s'établissent difficilement, et le soulagement général des malades, lorsqu'on a fait céder un symptôme local, la constipation, par exemple.

De tout cela il faut conclure, en définitive, que si la chlorose présente dans son apparition quelques particularités intéressantes, elle ne diffère pas jusqu'à présent d'une manière essentielle de l'anémie, puisque, en somme, c'est à l'état du sang, à la diminution de ses matériaux solides, et principalement des globules, qu'il faut avoir recours pour expliquer l'existence des symptômes et leur ordre d'apparition. On ne peut donc pas assigner, d'une manière positive, des causes occasionnelles à la chlorose. Si, dans quelques cas, on l'a vue se produire sous l'influence d'une émotion violente, ce sont là des faits exceptionnels qui ne peuvent servir à établir une règle. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les causes prédisposantes, telles que la vie sédentaire, un régime débilitant, etc., agissant à la longue sur l'économie, altèrent la composition du sang, et deviennent ainsi des causes réellement déterminantes.

Je ne parle pas des *pseudo-chloroses* admises par quelques auteurs, parce qu'elles ne consistent qu'en une simple anémie qui vient compliquer des affections diverses.

§ III. — Symptômes.

Nous retrouvons ici le cortége de symptômes que nous avons notés dans l'anémie spontanée. Comme dans celle-ci, le *début* est ordinairement lent; il ne s'annonce que par un peu de faiblesse, de langueur, la tendance au sommeil, quelques troubles digestifs.

Plus tard, les sujets affectés de chlorose acquièrent le *teint* regardé par bien des médecins comme caractéristique. Cependant on voit des femmes qui, avec tous les autres symptômes de l'affection, conservent une coloration normale ou presque normale de la face. Il faut être prévenu de cette circonstance, car le traitement peut dépendre du jugement porté sur l'absence de ce signe. Le teint chlorotique est variable. Tantôt c'est une nuance blafarde, tantôt une pâleur jaunâtre, tantôt une coloration légèrement verdâtre. La décoloration des lèvres, du bord libre des paupières, la teinte bleuâtre de la conjonctive, le regard

languissant, se retrouvent dans la chlorose, comme dans l'anémie précédemment décrite.

La peau de toute la surface du corps participe à la décoloration, et, de plus, les tissus acquièrent une certaine *bouffissure* qui, pour être plus remarquable à la face et aux paupières, n'en est pas moins sensible parfois dans les autres parties du corps. On y remarque en même temps cette demi-transparence qui distingue la décoloration chlorotique de la pâleur des affections chroniques dont l'aspect est si souvent terreux.

Les phénomènes qui sont le plus remarquables dans la chlorose sont les divers troubles du système nerveux. Tous les médecins, surtout depuis Hoffmann qui insiste sur ce symptôme, ont remarqué la *céphalalgie* souvent intense et toujours fatigante par sa ténacité, qui se montre dans cette maladie. Mais des douleurs se font aussi sentir dans beaucoup d'autres endroits du corps, et principalement dans les parois de la poitrine et de l'abdomen. Ces douleurs, dont il est quelquefois difficile de préciser le siége, occupent souvent d'une manière évidente le trajet des nerfs, et alors on observe diverses espèces de *névralgies :* ainsi les névralgies intercostale, lombo-abdominale, avec leurs variétés et leurs symptômes divers tels qu'ils seront décrits plus tard. Ces douleurs tourmentent beaucoup les malades dans la journée, mais il est bien rare qu'elles troublent le *sommeil*, qui au contraire est *très profond*, contrairement à l'opinion de M. Sandras (1), qui regarde l'insomnie comme une complication très fréquente. Nous les avons vues exister dans ce que quelques auteurs ont plus particulièrement nommé l'*anémie ;* sont-elles plus intenses et plus remarquables dans les cas regardés par eux comme de véritables chloroses ? C'est ce qui n'est pas démontré.

M. Sandras (2) a reconnu qu'il se développe sous l'influence de l'état chlorotique des paralysies, et ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est qu'il est toujours parvenu à les guérir par les pilules de Vallet et l'électricité. Les cas qu'il cite appartiennent à la *paraplégie*, à la *paralysie faciale* et à la *paralysie générale*, sans lésion de l'intelligence. Je reviendrai sur ce point important à l'occasion des *paralysies.*

La chlorose étant au fond une anémie, il n'est pas surprenant qu'on ait observé dans cette maladie les troubles cérébraux qui accompagnent cette altération du sang. Ils sont quelquefois portés à un si haut degré, qu'on a noté l'existence d'une véritable *manie*. M. Marshall-Hall (3) en a observé deux cas qu'il a mentionnés dans son article. M. Sandras (4) en cite également deux cas; pour ce médecin toutes les formes de l'aliénation mentale peuvent avoir également leur origine dans la chlorose ou l'anémie.

Les *fonctions digestives* sont fréquemment, mais non toujours altérées. M. Blaud (5) a cité des observations dans lesquelles ce symptôme était très peu marqué, et n'aurait pas fixé l'attention si elle n'était naturellement appelée sur ce point dans cette maladie; j'en ai actuellement sous les yeux un exemple, quoique les autres symptômes de la chlorose soient portés au plus haut degré. C'est dans

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er décembre 1852.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*, p. 379.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Revue médicale*, 1832, t. I, p. 337.

les cas où les symptômes du côté du tube digestif sont très prononcés, qu'on a observé ces cas de *pica* et de *malacia*, c'est-à-dire de désir impérieux pour des substances non alimentaires et même repoussantes, comme le charbon, le plâtre, les excréments même, suivant Hoffmann, ou une appétence exclusive d'aliments particuliers, comme les mets épicés, vinaigrés, etc. Ces perturbations des fonctions de l'estomac peuvent s'accompagner de douleurs de cet organe et des intestins, viscéralgies qui se rapprochent des douleurs nerveuses mentionnées plus haut. C'est en pareil cas que les ferrugineux ont une grande efficacité dans les douleurs viscérales, ainsi que l'ont démontré MM. Trousseau et Bonnet (1).

La *constipation* est un symptôme si fréquent que, depuis Hoffmann, il a frappé tous les médecins qui se sont occupés de la chlorose. Elle est souvent très opiniâtre, et M. Marshall-Hall, qui y attache une grande importance, a trouvé en elle une indication précieuse pour le traitement de la maladie.

Lorsque la chlorose est portée à un haut degré, les troubles de la circulation peuvent être aussi intenses que dans l'anémie qui suit les hémorrhagies abondantes. Des *palpitations*, avec impulsion notable à la région précordiale, fatiguent les malades. Le pouls est vif, souvent accéléré ; à la moindre émotion, les sujets rougissent, ce qui annonce la mobilité de la circulation. Les battements des artères ne sont pas toujours petits et concentrés ; ils offrent assez souvent une largeur notable qui prouve que les vaisseaux sont pleins de liquide ; mais ce liquide présente une grande surabondance de sérosité. C'est là l'état que M. Beau (2) a désigné sous le nom de *pléthore séreuse*. La *mollesse du pouls*, selon M. Sandras (3), est un des signes pathognomoniques de la chlorose.

Tous les auteurs ont parlé dans ces derniers temps d'un phénomène remarquable qu'on observe chez les chlorotiques : c'est le *bruit de souffle* constaté par l'auscultation. Au cœur on observe parfois un *bruit de souffle au premier temps*. Lorsqu'on applique le stéthoscope sur les côtés du cou, suivant le trajet des artères carotides, on entend un bruit fort, ordinairement continu ou à double courant, parfois musical, désigné sous les noms de *bruit de souffle*, *bruit de diable*, *bruit continu*, *murmure artériel*, *chant des artères*, ou *murmure veineux*. On voit par là qu'on n'est pas d'accord sur le siége de ces bruits. Laënnec, MM. Bouillaud, Vernois, Beau, etc., ne doutent pas que le bruit ne se passe dans les artères mêmes ; mais en Angleterre le docteur Ward (4), et plus tard Hope (5) se sont livrés à des expériences qui ont fortement ébranlé cette opinion. M. Aran (6) est récemment venu joindre ses observations à celles de ces médecins, et est arrivé aux mêmes conclusions. Il résulte des faits observés par ces derniers auteurs, et des expériences plus récentes de M. Monneret (7), que c'est dans les veines que se passe le murmure continu (*venous or continuous murmur*, Hope), puisque, en comprimant plus ou moins les veines jugulaires internes ou externes, suivant les cas, on aug-

(1) *Sur l'emploi du sous-carbonate de fer dans les douleurs de l'estomac* (*Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX et XXX).
(2) *Arch. gén. de méd.*
(3) *Loc. cit.*
(4) *Gaz. med. of London*, 1837.
(5) *A treat. on the dis. of the heart*, p. 109 et suiv.
(6) *Arch. gén. de méd.*, août 1843.
(7) *Études sur les bruits vasculaires et cardiaques* (*Union médicale*, 1849).

meute, diminue ou fait disparaître ce murmure ; tandis qu'un souffle simple peut encore se faire entendre dans les carotides, lorsque le premier a été entièrement supprimé. Cette dernière considération est d'une grande force ; mais ce n'est pas ici le lieu de me livrer à une discussion qui m'entraînerait hors de mes limites. Je dirai seulement que, dans l'état actuel de la science, on doit admettre l'existence de deux bruits de souffle vasculaire chez les chlorotiques : l'un simple, ayant son siége dans les artères et correspondant à la diastole artérielle ; l'autre double ou continu, ayant son siége dans les veines. C'est aussi la conclusion qu'ont adoptée MM. Barth et Roger (1) dans leur excellent ouvrage.

La cause physique de ces bruits anormaux a encore soulevé des discussions. M. Vernois a conclu de ses recherches sur les animaux morts d'hémorrhagie (2), que le bruit de souffle était produit par le frottement du sang sur les parois des vaisseaux revenues sur elles-mêmes et un peu froncées. D'après M. Beau, la plénitude du système vasculaire s'opposerait à ce qu'on adoptât cette explication ; mais cette objection ne s'applique pas aux cas d'anémie par hémorrhagie, et n'a de force que dans les cas d'anémie spontanée ou dans ceux de chlorose dont il s'agit ici. M. Delaharpe (3) a démontré par des expériences sur le cadavre que les bruits des artères dépendaient et de la rapidité du cours du sang, et surtout du peu de densité du liquide injecté. M. Aran est arrivé au même résultat en poussant des injections dans les veines. L'état séreux du sang est donc la principale cause de ces bruits anormaux.

Les *hémorrhagies* sont rares dans la chlorose, et nous allons voir que même les flux sanguins normaux sont troublés ou supprimés. Cela tient évidemment à la pauvreté du sang qui ne permet pas aux congestions locales de se produire. Mais si, par une cause quelconque, une voie est ouverte aux hémorrhagies naturelles ou accidentelles, *on a peine à arrêter le sang*, et la cause en est dans la grande fluidité de ce liquide. Ces évacuations sanguines viennent encore ajouter à l'intensité de la maladie.

Les troubles de la *menstruation* sont, comme je l'ai déjà dit, très remarquables dans la chlorose. Si cette affection survient avant que les jeunes filles soient encore réglées, on voit, au lieu de l'apparition des premières menstrues, apparaître les premiers symptômes de la maladie, et les sujets passer peu à peu d'un état florissant à l'état de langueur décrit plus haut. Quelquefois une première apparition des règles a lieu, mais pénible, accompagnée de douleurs, de leucorrhée, de malaise général, puis elle ne se reproduit plus, ou est suivie de menstrues plus difficiles encore et moins abondantes. Dans d'autres cas enfin, après avoir eu pendant plus ou moins longtemps leurs règles, et avoir passé par une ou plusieurs grossesses, les femmes voient le flux sanguin diminuer, devenir plus aqueux, s'accompagner d'hystéralgie, et se supprimer plus ou moins complétement. Lorsque les menstrues existent encore, elles provoquent, avant et après leur apparition, une leucorrhée plus ou moins abondante qui ajoute à la faiblesse des malades et augmente les troubles digestifs.

Chlorose ménorrhagique. Les cas dans lesquels les choses se passent ainsi sont de beaucoup les plus fréquents. Mais il en est d'autres sur lesquels M. Trousseau (4)

(1) *Traité pratique d'auscultation*, 2ᵉ édit. Paris, 1850.
(2) *Des bruits des artères*. Paris, 1837, in-4°.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1838, t. III, p. 33.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*

a récemment attiré l'attention, et qui se présentent avec des caractères différents. Les règles, loin d'être arrêtées, sont beaucoup plus abondantes qu'elles ne l'étaient avant la maladie; elles durent plus longtemps; le sang est aqueux, tachant à peine le linge; quelquefois sale, et les malades présentent ordinairement à un haut degré les symptômes précédents. Pour ceux qui font de l'anémie et de la chlorose une maladie toute différente, ces cas ne seront peut-être que des cas d'anémie provoquée par la métrorrhagie. Mais il faut remarquer que la métrorrhagie elle-même n'a été, dans la plupart des cas cités, qu'une conséquence d'un état maladif antérieur, qu'on ne pouvait rapporter qu'à la chlorose commençante. M. Trousseau ayant observé que les hémorrhagies utérines ne se produisaient guère qu'aux époques menstruelles plus ou moins avancées seulement, a donné à cette forme de l'affection le nom de *chlorose ménorrhagique*. Elle mérite toute l'attention du praticien; car si l'on ne connaît pas la cause des métrorrhagies, on peut longtemps fatiguer inutilement les malades par les hémostatiques. Suivant M. Trousseau, cette forme de la chlorose se trouverait dans un douzième des cas environ; mais cette proportion n'est pas encore rigoureusement établie.

Chlorose syphilitique. M. Ricord (1) a décrit une espèce particulière de chlorose qui se produit chez les syphilitiques et qui exige l'emploi des antisyphilitiques combinés avec les ferrugineux. Cet état mérite d'être connu. Voici la description qu'en donne ce médecin :

« La circulation sanguine peut présenter, chez eux, toutes les variétés qu'on rencontre dans la chlorose en général; il en est de même pour la sensibilité et la myotylité; l'affaiblissement physique et moral sont souvent aussi prononcés et même quelquefois davantage : le visage terne, l'œil éteint, indiquent bien que le sang ne jouit plus de ses mêmes propriétés.

» Comme premiers symptômes additionnels, surviennent un état de courbature générale, ou bien des douleurs rhumatoïdes désignées par quelques auteurs sous la dénomination de rhumatisme syphilitique. Ces douleurs, comme les douleurs ostéocopes, se montrent la nuit seulement, ou éprouvent des exacerbations nocturnes. Elles ont ceci de particulier, qu'elles siégent dans le voisinage des articulations sans y déterminer ni gonflement ni changement de couleur à la peau, et sans que la pression, en général, les éveille ou les accroisse. Plus souvent encore, on observe des céphalalgies, des céphalées, des hémicranies, faciles à confondre avec la migraine. Des douleurs névralgiques offrant, dans quelques circonstances, la plus parfaite analogie avec les névralgies vulgaires qui ont pour siége la cinquième paire. Dans quelques cas, ce sont des douleurs névralgiformes de la septième paire, et la paralysie assez fréquente du nerf facial.

» Il n'est pas rare à cette période, de voir survenir une alopécie partielle ou générale. Mais déjà, sur la très grande majorité des sujets, les ganglions cervicaux postérieurs ou latéraux, et quelquefois les ganglions mastoïdiens, sont pris d'engorgements indolents. Quelques malades, cependant, ont éprouvé une gêne du cou, une espèce de torticolis. Tous ces symptômes constituent une première manifestation d'accidents secondaires, rarement précédés ou accompagnés de mouvements fébriles. Mais bien que jusque-là il n'y ait eu aucun autre symptôme pathognomonique, aucune éruption caractéristique d'infection constitutionnelle, la chlorose syphilitique peut déjà être reconnue et convenablement traitée. »

(1) *Bull. gén. de thér.*, août 1844.

Pour compléter le tableau symptomatique de la chlorose, il suffit de signaler l'existence des syncopes, des infiltrations considérables, des accumulations de sérosité dans les grandes cavités séreuses, symptômes qui ne se montrent que dans les cas où la maladie a fait de très grands progrès.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On ne peut pas dire avec Hoffmann que cette maladie devient chronique lorsqu'on la laisse s'invétérer ; dès le début elle a ce caractère. Du reste, sous le rapport de la *marche*, elle ne présente rien de particulier, si ce n'est une assez grande variation dans l'ordre d'apparition des symptômes. Quant à la *durée*, elle est indéterminée. Abandonnée à elle-même, la maladie peut cesser spontanément chez les jeunes filles, et alors, après plusieurs alternatives, la menstruation finit par s'établir régulièrement. Mais ordinairement la chlorose ne tend nullement à se dissiper. Aujourd'hui que nous connaissons toute l'efficacité des ferrugineux, nous pouvons dire que dans l'immense majorité des cas, la *terminaison* de la chlorose est heureuse. Cependant on ne doit pas regarder la maladie comme de peu d'importance, car quelques malades sont emportés par une *mort subite*. M. Marshall-Hall en cite quatre exemples dont il a été témoin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la chlorose commençante : diminution des globules du sang ; et dans la chlorose portée à un haut degré : diminution plus grande de ces globules en même temps que des autres matériaux solides, tels sont les caractères anatomiques essentiels de la chlorose. Il en résulte que le sang est plus aqueux, moins coloré, plus fluide. Ce sont ces caractères qui ont confirmé M. Andral dans son opinion sur la cause organique de la chlorose ; et en étudiant attentivement la maladie, on ne peut s'empêcher d'y voir avec lui une anémie survenant parfois dans des circonstances particulières. On a trouvé aussi dans le sang des chlorotiques moins de fer qu'à l'état normal, c'est ce qui résulte en particulier des recherches de M. Fœdish. Quant aux infiltrations, à la décoloration des tissus, etc., ce sont des altérations anatomiques qui résultent de la lésion primitive du sang, et celles que quelques auteurs ont encore signalées ne sont que des complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

D'après ce qui précède, j'ai très peu de chose à dire sur le *diagnostic*. D'une part les maladies chroniques qu'on pourrait confondre avec la chlorose, s'en distinguent, comme l'anémie, par les symptômes locaux ; et d'autre part l'anémie elle-même ne doit pas être mise en parallèle avec l'affection qui nous occupe, puisque nous avons vu que leurs symptômes sont communs, sauf quelques particularités, et que bientôt nous devrons les confondre dans le même traitement.

Restent donc les *affections du cœur*. On a pu quelquefois, lorsque la chlorose donnait lieu à des palpitations fortes, croire à l'existence d'une de ces affections ; mais aujourd'hui, on les distingue très bien. Les dernières offrent à la région précordiale une matité plus ou moins étendue, des bruits de souffle à l'un et à l'autre temps, bornés à cette région ou peu étendus au delà, et enfin, une stase sanguine ou une surexcitation de l'appareil circulatoire bien différente de l'état anémique de la chlorose, qui, de son côté, offre des bruits anormaux, principalement dans

les vaisseaux. Il serait donc inutile d'insister plus longuement sur ce diagnostic, qu'on trouve dans les divers articles sur les affections du cœur (1).

Le *pronostic* est, comme je l'ai dit plus haut, généralement peu grave. Cependant, nous avons vu que les sujets étaient exposés, quoique dans des cas très rares, à la mort subite ; et de plus, il est de fait que, lorsqu'on laisse la maladie s'invétérer et parvenir à un très haut degré, la guérison devient difficile. Les grandes infiltrations séreuses constituent un symptôme qui doit exciter la sollicitude du médecin.

§ VII. — Traitement.

Avant qu'on eût appliqué au traitement de l'anémie l'emploi des ferrugineux, le médecin s'efforçait, non sans quelque embarras, de saisir toutes les indications que pouvaient lui offrir les divers symptômes. Aujourd'hui que l'action du fer sur l'économie est bien connue, on en fait la base du traitement, et les autres moyens ne sont mis en usage que comme auxiliaires. Je ne présenterai pas la série innombrable des remèdes opposés à la chlorose ; ce serait encombrer la thérapeutique sans profit, et détourner l'attention d'un médicament excellent sur d'autres dont l'efficacité est problématique. Quand on connaît le vrai remède curatif d'une maladie, il faut laisser dans l'oubli tous ceux qui ne lui viennent pas directement en aide.

Émissions sanguines. Hippocrate recommandait la saignée dans des cas dont quelques uns peuvent appartenir à la chlorose. F. Hoffmann, tout en reconnaissant l'utilité de ce moyen, pense néanmoins qu'il ne faut en user qu'avec précaution, et jamais lorsque les individus sont très débilités. Aujourd'hui que la maladie est mieux connue, les émissions sanguines sont proscrites avec raison. Il faudrait qu'une phlegmasie survînt pour qu'on fût autorisé à s'affranchir de cette règle, et encore, en pareil cas, faudrait-il être plus sobre de la saignée que dans tout autre. Comme moyen contre la chlorose, les émissions sanguines n'offrent que du danger.

Ferrugineux. Les préparations ferrugineuses sont le moyen par excellence à opposer à la chlorose. M. Blaud, qui a contribué plus que tout autre à mettre cette vérité hors de doute, les administre d'une manière particulière qui mérite d'être connue.

TRAITEMENT DU DOCTEUR BLAUD.

Ce traitement consiste principalement dans l'emploi des pilules suivantes :

Pilules de Blaud.

℞ Sulfate de fer............ 16 gram. | Carbonate de potasse........ 16 gram.

Mêlez avec quantité suffisante de poudre de réglisse, de gomme adragante et de sirop simple. Faites quarante-huit pilules.

Suivant M. Blaud, le carbonate de fer formé au moment du mélange des deux sels est dans une division extrême, et peut être plus facilement absorbé que s'il était administré seul.

Maintenant voici comment il dirige son administration :

Le 1er, le 2e et le 3e jour...	*une* pilule, matin et soir.
Le 4e, le 5e et le 6e.......	*une* pilule le matin, à midi et le soir.
Le 7e, le 8e et le 9e.......	*deux* pilules matin et soir.
Le 10e, le 11e et le 12e....	*deux* pilules le matin, à midi et le soir.
Le 13e, le 14e et le 15e.....	*trois* pilules le matin, à midi et le soir.
Les jours suivants.........	*quatre* pilules, le matin, à midi et le soir.

(1) Voy. *Hypertrophie, Rétrécissement, Insuffisance des valvules.*

Il n'est pas douteux que les pilules de Blaud ne soient une excellente préparation : les guérisons obtenues par elles sont extrêmement nombreuses. Ce médecin a même cité des cas où des pilules ordinaires de carbonate de fer, la limaille de fer, etc., ayant échoué, on a obtenu la guérison par sa préparation. Elles doivent donc être fortement recommandées. Mais dans ces derniers temps M. Vallet, pour rendre la conservation des pilules plus facile, et pour éviter la transformation du proto-carbonate de fer en carbonate de peroxyde peu soluble dans les acides de l'estomac, a substitué le carbonate de soude au carbonate de potasse, et a enveloppé les substances médicamenteuses de sirop de sucre et de miel, ce qui a produit la préparation suivante :

Pilules de Vallet.

℞ Sulfate de fer cristallisé pur.	500 gram.	Miel....................	300 gram.
Carbonate de soude pur. ...	580 gram.	Sirop de sucre............	Q. s.

Mêlez les dissolutions des deux sels ; ajoutez 30 grammes de sirop par 500 grammes de soude. Laissez déposer dans un flacon à l'émeri. Décantez ; lavez avec de l'eau sucrée. Égouttez sur une toile imprégnée de sirop de sucre. Exprimez ; mêlez avec le miel ; évaporez en consistance pilulaire. Faites avec gomme, Q. s., des pilules de 2 décigrammes. Dose : de deux à quinze par jour.

Cette préparation, fondée sur les mêmes principes que celle de M. Blaud, agit de la même manière.

M. Dauvergne (de Manosque), ayant remarqué que la rapide oxygénation du carbonate de fer nuit à son action, a employé avec grand succès (1) des pastilles faites ainsi qu'il suit :

Immédiatement après la précipitation et la filtration du sel de fer, incorporez-le avec le mucilage de gomme adragante ; ajoutez ensuite la quantité de sucre nécessaire pour faire des pastilles aromatiques avec une essence.

M. Sélade (2), après avoir essayé de nombreuses préparations ferrugineuses, donne la préférence à celle de M. Dauvergne.

Il serait facile de multiplier les formules. On en trouve une immense quantité dans les auteurs ; mais celles que je viens d'indiquer étant très efficaces, je me bornerai à signaler quelques unes de celles qui ont été prescrites dans un but particulier.

Le *lactate* et le *citrate de fer* ont été donnés en pastilles. Ce qui a engagé à les administrer, c'est qu'on a pensé que ces sels plus solubles seraient aussi plus facilement absorbés. Mais rien ne prouve que ces médicaments agissent avec plus d'efficacité. Ces préparations n'ont d'autre avantage que d'être plus agréables à prendre. Elles pourront être employées chez les sujets très jeunes. En voici les formules :

Pastilles de citrate de fer.

℞ Citrate de fer.......... } Acide citrique......... }	ãã 10 gram.	Sucre.................	160 gram.
Essence de citron........	4 décigr.	Eau...............	Q. s.

F. s. a. des pastilles de 5 décigrammes. A prendre à la dose de quatre à six au début, puis graduellement un plus grand nombre.

(1) Voy. *Bull. de thérap.*, t. XXIII.
(2) *Arch. de la méd. belge*, février et mars 1846.

Pastilles au lactate de fer.

℞ Lactate de protoxyde de fer.. 25 gram.	Sucre.................. 500 gram.
Essence de menthe......... 1 gram.	Eau distillée de menthe.... Q. s.

F. s. a. des pastilles de 50 centigrammes. Dose : de six à douze.

Ces substances ont encore été données en sirop, en pilules, dans des biscuits, etc. Mais il suffit d'indiquer ces préparations qui se trouvent dans les officines. Des expériences suffisantes n'ayant pas été faites sur la plus ou moins grande efficacité des diverses préparations ferrugineuses, il est évident que le praticien doit, jusqu'à ce que ce travail ait été accompli, s'en tenir aux préparations qui ont pour elles le plus grand nombre d'expériences cliniques, et ce sont les premières que j'ai fait connaître. J'ajouterai donc simplement que la *limaille de fer* à la dose de 5 centigrammes à 1 gramme, le *sulfate de fer* à celle de 5 à 50 centigrammes, le *tartrate de fer* à la même dose, ont procuré de nombreuses guérisons, ainsi que le *fer réduit par l'hydrogène*, et beaucoup d'autres préparations employées plus particulièrement par divers médecins, ce qui prouve que le point essentiel c'est d'introduire le fer dans l'économie sous quelque forme que ce soit, et que ces diverses espèces de préparations n'ont pas une très grande importance. Aussi beaucoup de médecins s'en tiennent-ils encore à la *limaille de fer*, ou à l'ancien *safran de mars* (carbonate de fer), administré en pilules de 2 décigrammes, à la dose de quatre à vingt, et ils n'ont qu'à se louer de cette pratique. Toutefois j'ai dit que M. Blaud avait vu des cas, rebelles à quelques unes de ces préparations, céder à la sienne ; c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier.

Ce grand nombre de formules, dont on a encombré le traitement de la chlorose, ne pourrait avoir quelque avantage que dans des cas où la maladie offrirait beaucoup de résistance ; alors on pourrait prescrire tour à tour plusieurs de ces préparations, dans l'espoir d'en trouver une efficace. S'il en était ainsi, on devrait commencer par les sels insolubles, tels que le carbonate, et passer ensuite aux sels solubles, tels que le sulfate, le citrate et le lactate.

En même temps qu'on administre ainsi le fer, on fait boire aux repas, et même dans les intervalles, une assez grande quantité d'*eau ferrugineuse*, provenant de l'oxydation de quelques clous dans l'eau simple. Pour rendre ce mode d'administration plus agréable, on a fait des eaux gazeuses ferrées, telles que la suivante :

℞ Eau.................... 625 gram.	Acide citrique............. 4 gram.
Citrate ferrique sec....... 1 gram.	Bicarbonate de soude........ 5 gram.

Ajoutez d'abord le sel de fer et l'acide citrique ; puis le bicarbonate de soude ; bouchez immédiatement, et assujettissez le bouchon.

Cette préparation, due à M. Mialhe, n'a aucune saveur désagréable.

On peut extemporanément produire de l'eau ferrée gazeuse par le procédé employé pour la potion de Rivière. C'est ce que l'on fait de la manière suivante :

℞ Bicarbonate de soude....... 15 gram.	Sulfate de fer pur......... 15 gram.
Acide tartrique........... 25 gram.	Sucre................... 30 gram.

Mêlez au sulfate de fer et au sucre pulvérisé le bicarbonate de soude et l'acide tartrique en poudre grossière. Conservez dans un flacon bien bouché. Prendre, deux ou trois fois par jour, une cuillerée à café de cette poudre, qu'on introduit dans un verre d'eau sucrée, où elle produit une effervescence.

Je le répète, j'ai indiqué ces formules, parce qu'il peut se présenter des cas où l'on ait besoin de vaincre la répugnance de quelques malades, mais sans y attacher une grande importance sous le rapport thérapeutique.

M. Hannon (1), ayant trouvé du *manganèse* dans le sang, et ayant appris que M. Millon avait fait la même observation qu'il avait communiquée à l'Académie des sciences de Paris, a donné le manganèse aux anémiques, et en ayant obtenu de bons effets, il a modifié les pilules de M. Blaud de la manière suivante :

Sulfate de fer cristallisé....	400 gram.	Miel....................	300 gram.
Sulfate de manganèse pur..	100 gram.	Sirop de sucre............	Q. s.
Carbonate de soude pur. ..	580 gram.		

A diviser en pilules de 10 centigrammes. Dose : de deux à dix pilules par jour dans la chlorose.

M. Pétrequin (2) vante également les bons effets du manganèse. « Dans les cas, dit ce médecin, où le fer semble avoir épuisé son action, dans d'autres où il semble dépouillé de ses vertus spécifiques, il y a indication à rechercher un adjuvant, et cet adjuvant, c'est le *manganèse* qui, comme le fer, entre dans la constitution des globules sanguins. »

M. Pétrequin donne le *fer* uni au *manganèse* sous la forme de *pilules*, de *pastilles*, de *sirops*, etc. Voici quelques unes de ces formules :

Pilules de carbonate ferro-manganeux.

℞ Sulfate ferreux cristallisé pur.	75 gram.	Miel fin..................	60 gram.
— manganeux cristallisé pur.	25 gram.	Eau.....................	Q. s.
Carbonate de soude cristallisé.	120 gram.		

Faire des pilules de 20 centigrammes. Dose : deux à quatre par jour.

Sirop d'iodure ferro-manganeux.

℞ Soluté officinal d'iodure ferro-manganeux contenant un tiers de son poids de proto-iodure de fer et de manganèse, dans la proportion environ de trois parties d'iodure ferreux et de une partie d'iodure manganeux. .... 6 gram.
Sirop blanc.. 294 gram.

Mêlez. Une ou deux cuillerées par jour.

Pastilles de lactate ferro-manganeux.

℞ Lactate de fer et de manganèse.	20 gram.	Eau..................	Q. s.
Sucre fin................	400 gram.		

Faites des pastilles à la goutte de 0,5 grammes. Dose : six à huit par jour.

Purgatifs. Après les ferrugineux, qui sont les principaux remèdes de la chlorose, il n'en est pas qui aient plus de valeur que les purgatifs. La constipation habituelle, à laquelle sont si sujettes les malades, a toujours engagé à y avoir recours, et Hoffmann a particulièrement insisté sur ce point. Le *jalap*, la *gomme-gutte*, les *sels alcalins*, sont à peu près indifféremment administrés, car il s'agit uniquement de tenir le ventre libre. M. Marshall-Hall, qui a étudié particulièrement la chlorose, pense qu'il faut unir les purgatifs aux ferrugineux. C'est à l'aloès

(1) *Presse médicale belge*, janvier 1848.
(2) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, 15 et 30 mai 1852.

qu'il donne la préférence, et il recommande la formule suivante, qu'il regarde, dit-il, comme presque un spécifique.

℞ Aloès .... 0,10 gram.	Sulfate de fer .... 0,10 gram.

F. s. a. une pilule. On prescrira de deux à six pilules semblables chaque jour.

Digitale. Les troubles de la circulation sont quelquefois si considérables, et les palpitations si fortes, qu'on ne doit pas attendre que l'action du fer les ait apaisées. C'est en pareil cas qu'on prescrit la digitale. M. Andral joint cette substance à la limaille de fer, ainsi qu'il suit :

℞ Poudre de digitale .... 60 centigr.	Thridace .... 2 gram.
Limaille de fer. .... 2 gram.	Miel .... Q. s.

F. s. a. trente-cinq pilules. Commencer par deux ou trois par jour; augmenter graduellement le nombre jusqu'à dix ou douze.

M. Riffaut (1) cite un cas où une maladie nerveuse, n'offrant que quelques signes de chlorose, résista au fer, et fut guérie par le *monésia* à la dose de 1 gramme et demi d'abord, puis graduellement jusqu'à 2 grammes et demi. Mais l'observation est loin d'être concluante, et M. le docteur Boureau (2), ayant voulu soumettre à ce traitement une véritable chlorotique, a échoué complétement. Le fait de M. Riffaut n'est donc pas simple ; et d'ailleurs, que prouverait un fait contre des milliers de guérisons par les ferrugineux ?

Dans un cas de chlorose ou anémie sans lésion organique, M. Monneret (3) a employé la *transfusion du sang ;* mais la malade succomba le même jour.

Moyens contre les douleurs nerveuses. Les douleurs, dont les malades sont si souvent affectées, réclament plus impérieusement encore l'attention du médecin. Il est très vrai que, le plus souvent, le traitement de l'altération sanguine suffit pour faire disparaître ces symptômes, qui n'en sont qu'une simple conséquence. Mais il est des cas où ces douleurs ont une intensité qui ne permet pas d'attendre l'action du fer, et d'autres où elles sont moins liées à la chlorose qu'on n'aurait pu le croire, puisque le traitement et la guérison de celle-ci ne les font point disparaître. Les *opiacés*, dans les cas de viscéralgie, et les *vésicatoires volants*, dans les cas de névralgie, sont les moyens les plus efficaces. M. Marshall-Hall s'en est convaincu, puisqu'il dit qu'il est souvent nécessaire d'employer des remèdes particuliers contre les douleurs de la tête et du côté, et que le vésicatoire est le meilleur. Quand nous seront arrivés à l'histoire des névralgies, j'indiquerai la manière dont ce traitement doit être dirigé.

La *cautérisation des points douloureux avec le nitrate d'argent fondu* a, dans plusieurs cas cités par M. Marrotte (4), suffi pour enlever ces névralgies.

Quant aux viscéralgies, j'ai dit que les *opiacés* étaient utiles, mais c'est pour calmer les douleurs, et non pour les faire disparaître, car cet effet n'appartient qu'au fer. C'est ce qu'ont observé MM. Trousseau et Bonnet, dans les cas où, sous l'in-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1844.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, avril 1844.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 14 octobre 1851, t. XVII, p. 41.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er novembre 1851.

fluence du sous-carbonate de fer, ils ont fait disparaître des douleurs d'estomac rebelles. Souvent aussi les douleurs intestinales cèdent aux purgatifs.

M. Sandras (1) vante les bons effets des *bains à 26 degrés* pendant quatre heures tous les jours, comme moyen adjuvant. Suivant lui, cette médication a eu surtout pour effet de *faire cesser la toux*.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE MÉNORRHAGIQUE.

M. Trousseau a fait remarquer que, dans cette espècede chlorose, il y avait deux indications à remplir. La première est de remédier à l'altération du sang ; la seconde, de modérer le flux cataménial qui, par sa surabondance, tend à augmenter cette altération. Voici comment il faut procéder.

1° Dans l'intervalle des règles, administrer les ferrugineux suivant les formules précédentes ;

2° A l'époque des règles, un peu avant même, prescrire :

℞ Ergot de seigle fraîchement pulvérisé.................. 1 gram.

Dans une cuillerée de sirop ou dans un peu de confiture.

Cette dose doit être donnée deux fois dans les vingt-quatre heures, et, suivant M. Trousseau, il faut choisir, pour son administration, le moment de la journée où l'hémorrhagie a le plus d'activité ; mais rien ne prouve que cette précaution soit indispensable.

Dans un cas, j'ai obtenu une guérison prompte en administrant, dans l'intervalle des règles, le carbonate de fer en pilules, et en prescrivant, pendant l'hémorrhagie, la poudre suivante, qui a été conseillée par M. Trousseau contre la métrorrhagie abondante, mais à plus forte dose :

℞ Ergot de seigle pulvérisé.... 4 gram. | Tannin................ 1,30 gram.

Divisez en six paquets. Dose : de un à trois par jour.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE SYPHILITIQUE.

M. Ricord a formulé ce traitement de la manière suivante :

« Le mode de traitement que j'ai adopté consiste : dans la combinaison des ferrugineux et des mercuriaux, soit contre la chlorose, soit contre d'autres symptômes, s'il y en a, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indication.

» En général, je donne la préférence aux pilules de Vallet, 6 à 18 par jour, et en trois doses. Je prescris, en même temps, le *proto-iodure de mercure* à la dose de 5 à 30 centigrammes, la tisane amère, faite avec une décoction de houblon ou de saponaire, bien préférable à la salsepareille.

» Dans les accidents de transition des symptômes secondaires aux symptômes tertiaires, les *mercuriaux combinés à l'iodure de fer*, et, mieux encore, à l'*iodure de potassium*, suffisent pour reconstituer le sang.

» On obtient le même résultat avec l'iodure de fer ou de potassium seuls dans les cas d'accidents tertiaires. »

Tel est le traitement fondamental de la chlorose. Faut-il parler maintenant de

(1) *Loc. cit.*, 1er décembre 1852.

tant d'autres médicaments proposés contre cette maladie : de l'*eau de mer ;* de l'*iode ;* de l'*oxygène ;* du *phosphore* ; de la *strychnine ;* de la *noix de galle ;* de la *menthe*, etc. ? J'ai examiné ce que les auteurs ont rapporté au sujet de ces médicaments, et je n'ai rien vu qui pût faire adopter de semblables moyens, à l'exclusion des précédents. Mais faut-il les joindre aux précédents? Tout porte à croire que, dans les cas où on l'a fait, ce sont ceux-ci qui ont agi. Laissons donc dans l'oubli des remèdes au moins incertains, et dont l'administration ferait perdre un temps précieux, puisque nous en avons d'autres dont l'efficacité est si bien démontrée.

Lorsqu'à l'aide des préparations ferrugineuses, on a réussi à faire disparaître l'altération du sang, il ne faut pas regarder le traitement comme entièrement terminé. Il faut continuer les soins hygiéniques qu'on aura dû prendre dans son cours, et que je vais exposer.

SOINS HYGIÉNIQUES PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE.

1° Si les malades occupaient un lieu froid, humide, mal éclairé, mal aéré, les faire changer d'habitation, et les envoyer, s'il se peut, à la campagne.

2° Régime fortifiant, mais non excitant, composé principalement de viandes rôties et d'un peu de vin généreux. C'est, sans doute, non seulement pour rendre le médicament plus agréable, mais encore pour joindre un aliment analeptique aux ferrugineux, qu'on prescrit le *chocolat de fer*, préparé par MM. Quevenne et Miquelard, selon la formule suivante :

♃ Fer réduit par l'hydrogène.. 20 gram. | Chocolat fin............. 180 gram.

Mettez le fer dans le chocolat ramolli à une douce chaleur, et faites des pastilles de 1 gramme, dont on prendra de quatre à vingt par jour.

3° Exercice modéré en plein air.

4° Bains frais et bains de mer.

5° Aux époques menstruelles, si les règles tendent à se rétablir, les favoriser par les moyens connus : action de la vapeur d'eau sur le siége, etc.; on a vu que, dans la chlorose ménorrhagique, il fallait, au contraire, modérer le flux sanguin trop abondant.

Le régime qui favorise l'action des médicaments appropriés doit être suivi, je le répète, après la guérison, afin de prévenir des rechutes qui, dans cette maladie, se produisent facilement. Les auteurs sont d'accord sur ce point, sur lequel MM. Trousseau et Pidoux (1) ont insisté peut-être avec un peu d'exagération.

Le fer est le meilleur tonique dans cette maladie. Cependant on peut, à l'exemple de quelques médecins, y joindre, comme adjuvants, quelques toniques amers, et en particulier le vin de quinquina.

Chlorose compliquée d'inflammation. MM. Gintrac, de Bordeaux, et Andral ont cité des faits où une affection inflammatoire concomitante s'étant montrée chez des chlorotiques, la saignée générale et locale a produit de bons effets. Dans ces cas, souvent le fer n'est pas supporté avant qu'on ait fait disparaître l'inflammation (2).

(1) *Traité de thérapeutique*, t. I.

(2) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, mai 1846.

Résumé; ordonnances. Il résulte des détails dans lesquels je viens d'entrer que les moyens employés contre la chlorose doivent être réduits à un petit nombre, qui sont : le fer, les purgatifs et les moyens dirigés contre les douleurs. Les autres ne sont qu'accessoires, ou ne doivent être mis en usage qu'accidentellement. Il s'ensuit que je n'ai point à multiplier les ordonnances, et j'ai d'autant moins à le faire, que les cas qui sortent de la règle générale ne pouvant guère être prévus, il faut laisser au praticien le soin de diriger contre eux les moyens appropriés.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHLOROSE COMMENÇANTE.

1° Pour boisson, aux repas, eau ferrée ordinaire.

2° Tous les jours, au début du traitement, quatre pilules de Blaud, ou de Vallet (voy. pages 154 et 155); augmenter tous les deux jours de deux pilules la première dose, jusqu'à ce qu'on en prenne de douze à vingt (1).

3° Légers purgatifs, ou association de l'aloès et du fer, suivant la formule de M. Marshall-Hall (voy. page 158).

4° Régime fortifiant; exercice.

Ce traitement suffit dans l'immense majorité des cas de chlorose.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHLOROSE ANCIENNE, PORTÉE A UN HAUT DEGRÉ, AVEC PALPITATIONS ET DOULEURS NERVEUSES.

1° Pour tisane, infusion de petite centaurée, ou bien quelques tasses d'infusion de quinquina. Aux repas, eau ferrée.

2° Une des préparations ferrugineuses précédentes, et si la maladie résiste, emploi d'un sel soluble : citrate, sulfate, lactate (voy. p. 155 et 156).

3° De 10 à 30 centigrammes de poudre de digitale dans un julep; ou bien association de la digitale et du fer, selon la formule de M. Andral (voy. page 158).

4° Vésicatoires volants sur les points occupés par les douleurs névralgiques trop intenses pour qu'on puisse attendre l'action du traitement interne.

5° Purgatifs, *ut suprà.*

6° Régime, *ut suprà.*

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances particulières pour la *chlorose ménorrhagique* et la *chlorose syphilitique*, attendu qu'elles se trouvent à peu près toutes faites dans les détails présentés plus haut (voy. page 159).

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Ferrugineux; purgatifs; digitale; moyens contre les douleurs nerveuses; ergot de seigle, tannin (*chlor. mén.*); antisyphilitiques (*chlor. syphil.*); toniques; régime; exercice; bains de mer.

(1) Il serait inutile de dépasser cette dose. Des expériences ont prouvé qu'au delà le sel de fer ne pénétrait pas dans l'économie, mais était rejeté par les selles.

ARTICLE IV.

SCORBUT.

Le scorbut ne saurait être rattaché à aucune lésion locale considérée comme cause de la maladie. Primitivement, on ne trouve rien dans cette affection qui ne puisse être expliqué par une altération profonde du sang, source de tous les symptômes. Il n'y a point de discussion à ce sujet, et c'est ce qui m'autorise à placer la description du scorbut dans ce chapitre plutôt que dans tout autre où diverses lésions et divers symptômes pourraient engager à l'introduire.

Le scorbut a-t-il été connu dès les premiers temps de la médecine? Plusieurs auteurs d'une grande autorité sont de cette opinion. On a cité Hippocrate, qui, dans plusieurs endroits de ses ouvrages, a fait une description rapide d'une affection qui présente plusieurs symptômes du scorbut, et Celse, qui a répété cette description (1), puis Arétée, Paul d'Égine, Pline, etc. Sans nier que les descriptions de ces auteurs puissent se rapporter à cette maladie, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles sont très vagues et très incomplètes, et qu'elles laissent des doutes dans l'esprit du lecteur le plus prévenu.

Ce n'est qu'à l'époque où commencèrent les grands voyages de circumnavigation que le scorbut, se montrant dans toute son intensité, et sévissant sur un grand nombre d'hommes à la fois, les descriptions devinrent claires, précises, et ne purent plus s'appliquer qu'à une seule maladie bien déterminée. Dans le voyage de découvertes de Vasco de Gama, dans ceux de Cartier, de Cavendish, d'Anson, et du capitaine Cook, le scorbut sévit avec violence et fit de nombreuses victimes. Dès lors il fut connu parfaitement, du moins dans ses symptômes et dans sa marche, et dès lors aussi commença la publication du nombre considérable de travaux importants dont il a été l'objet.

Aujourd'hui le scorbut est bien connu, et nous ne manquons pas d'excellents matériaux pour en tracer l'histoire; le seul embarras est de les renfermer dans les limites d'un article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'altération du sang, qui est la principale lésion du scorbut, n'étant pas aussi parfaitement connue que celle de l'anémie, on en est réduit à définir cette affection par ses symptômes. M. W. Kerr, qui a fait un très bon article sur ce sujet (2), donne la définition suivante, que l'on peut adopter : Le scorbut est une maladie générale caractérisée par l'abattement des forces, la fétidité de l'haleine, le ramollissement, la turgescence des gencives, des taches sous-cutanées livides, des ecchymoses, et fréquemment la contraction des membres inférieurs

Le nom de *scorbut*, fort anciennement donné à la maladie (ou un mot analogue, comme *scurvy* chez les Anglais, *schurbuck*, *scharbock* ou *schorbock* chez les Allemands), est généralement employé. M. Mason Good a fait de cette maladie une espèce de *porphyra* ou *purpura*, sous le nom de *porphyra nautica*. L'analogie

(1) A.-C. Celsi, *De medicina*, lib. II, chap. VII.
(2) *Cyclop. of pract. med.*, vol. III, art. SCORBUTUS.

incontestable qui existe entre elle et le *purpura hemorrhagica* autorise cette classification.

Dans certaines conditions, qui vont être exposées au paragraphe suivant, le scorbut s'est *très fréquemment* montré pendant les trois siècles qui ont précédé le nôtre. Il a fait d'innombrables victimes parmi les navigateurs, dont il était la terreur. Mais depuis qu'on a mieux étudié les soins hygiéniques propres à le prévenir et à le faire disparaître, on l'a rendu infiniment plus rare. Ce n'est que dans les circonstances les plus graves qu'il se montre encore, et ordinairement il sévit avec beaucoup moins de violence.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On a d'abord cru que le scorbut n'attaquait que les marins, parce que c'est chez eux qu'on en observe de grandes épidémies; mais aujourd'hui tout le monde connaît les observations nombreuses de véritable scorbut recueillies chez des sujets qui n'ont jamais navigué. La *navigation* n'est donc pas une condition essentielle du développement de la maladie; toutefois son influence est des plus puissantes. Tous les *âges* sont également atteints du scorbut de mer; mais à terre on a remarqué que les *vieillards* débiles le présentaient beaucoup plus souvent que les adultes et les enfants. C'est ainsi qu'à Bicêtre et à la Salpêtrière il n'est pas très rare de voir encore des cas de scorbut, tandis que dans les autres établissements on en voit infiniment peu d'exemples. Une *constitution* altérée par une maladie antérieure, par l'abus du traitement mercuriel, par de grands excès, est rangée parmi les causes prédisposantes. On a encore regardé comme des causes de ce genre l'habitation dans un lieu humide, une nourriture particulière, etc.; mais nous allons retrouver ces causes parmi les causes occasionnelles, où elles seront plus naturellement placées, car ce sont évidemment elles qui produisent la maladie. Les ennuis d'une longue traversée, le découragement, le désespoir, prédisposent au scorbut; aussi les grands navigateurs, depuis Cook, se sont-ils spécialement appliqués à soutenir le moral de leur équipage.

2° Causes occasionnelles.

Je range parmi les causes occasionnelles les conditions atmosphériques, parce que, bien qu'elles aient besoin d'un certain temps pour manifester leur action, c'est sous leur influence directe que se développe la maladie. L'*humidité unie au froid* est la principale de ces causes. On a vu le scorbut se produire par un temps chaud et humide, mais ces cas sont très rares, et l'on a eu tort de dire que cette maladie apparaissait aussi bien sous l'influence de la chaleur que sous celle du froid. M. Scoutetten (1) a communiqué à l'Académie de médecine des détails intéressants sur une épidémie de scorbut qui a sévi dans le courant de 1847, sur la garnison de Givet. Il est résulté de son investigation que les causes de la maladie se trouvaient dans de mauvaises conditions hygiéniques, et principalement dans le *défaut d'aération* et l'*humidité* de l'hôpital. La conservation sur le corps de *vêtements mouillés*, l'exposition au froid dans une cabine mal close, ont fréquemment provoqué le développement de la maladie.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1847, t. XII, p. 885.

Longtemps on a cru que la cause unique du scorbut était une alimentation exclusivement ou presque exclusivement composée de *viandes salées*. Nul doute que cette alimentation ne contribue pour beaucoup à sa production ; mais elle n'est évidemment pas la seule, puisqu'on a vu le scorbut sévir sur des équipages nourris avec de la viande fraîche et des végétaux verts, et que Lind (1) a vu la maladie persister malgré l'abstinence de tout aliment salé. La réunion des causes précédentes est nécessaire dans le plus grand nombre des cas. Les *fatigues* excessives et les *excès* ont fréquemment été suivis de l'apparition du scorbut.

A terre, les causes occasionnelles sont analogues. Ce sont l'habitation dans un lieu froid, humide, mal aéré, une nourriture insuffisante, malsaine, composée de viandes gâtées, de végétaux secs altérés, etc. M. le docteur Bossard (2) a décrit une épidémie de scorbut qui a régné au camp de l'Oued-Smendou (Afrique), et qui parut tenir à la *mauvaise qualité de la viande* servie aux soldats, et aux *grandes fatigues*.

M. le docteur Garrod (3) a fait des *Recherches sur la nature et les causes du scorbut*, etc. Voici ses conclusions : 1° Dans tous les aliments qui déterminent le scorbut, la *potasse* est en quantité beaucoup moindre que dans ceux dont l'usage est conciliable avec la conservation parfaite de la santé ; 2° toutes les substances dites *antiscorbutiques* renferment une grande proportion de potasse ; 3° le sang des scorbutiques contient peu de potasse, et la quantité de cette substance qui est expulsée par les reins est moindre qu'à l'état normal ; 4° les sujets scorbutiques se rétablissent rapidement, aussitôt qu'on a ajouté de la potasse à leur alimentation, et cela sans en changer la quantité et la qualité, sans employer des végétaux ou du lait ; 5° la théorie qui considère le scorbut comme dû à l'absence de potasse dans les aliments rend compte d'une manière satisfaisante des symptômes de cette maladie.

M. J. Cloquet a, dans un Mémoire (4), décrit le *scorbut développé chez les sujets qui ont subi de grandes amputations*. Quelle est la part de l'opération dans la production de la maladie ? C'est ce qu'on ne peut pas préciser.

Enfin quelques auteurs des siècles précédents, Sennert, Boerhaave, Hoffmann, croyaient que le scorbut était *contagieux*. Aujourd'hui cette opinion est entièrement abandonnée. Il en est de même de l'hérédité de la maladie, en faveur de laquelle les faits manquent. On sait que souvent le scorbut règne épidémiquement.

§ III. — Symptômes.

Au *début*, on observe d'abord un sentiment de lassitude générale, avec une grande répugnance pour les exercices du corps. En même temps, ou peu après, la face présente une pâleur remarquable, accompagnée de bouffissures. Suivant sir Gilbert Blane, cité par M. Kerr, on peut juger dès ce moment combien l'organisme est profondément altéré, d'après un phénomène remarquable : c'est une *tumeur molle et indolente* qui se produit au-dessous de la peau partout où le malade a reçu la plus légère contusion.

Lorsque la maladie est confirmée, ces premiers symptômes augmentent ; bientôt

(1) *Traité du scorbut*. Paris, 1781, 2 vol. in-12.
(2) Thèse. Paris, 1847.
(3) *Month. journ. of med. sciences*, janvier 1848.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1823, t. I, p. 470.

il s'y joint une *gêne de la respiration et des palpitations* au moindre mouvement ; les *lèvres* et les *caroncules* lacrymales prennent une couleur verdâtre, et l'aspect du malade est caractéristique.

Le gonflement, le ramollissement, la putridité des *gencives* ne tardent pas à se montrer. Ces parties saignent avec la plus grande facilité et au moindre contact. Elles sont spongieuses, et ont une couleur rouge foncée. L'*haleine* contracte une fétidité excessive ; en un mot, la bouche est dans un affreux état. Ce symptôme est constant et un des plus frappants.

Un autre phénomène qui, avec le précédent, caractérise la maladie, c'est la production d'*ecchymoses* sous-cutanées, ou même ayant leur siége dans l'épaisseur de la peau, et développées, soit spontanément, soit sous l'influence d'une pression ou d'une contusion légère. Ces ecchymoses présentent des colorations variées ; ordinairement bleuâtres ou d'un rouge foncé, elles sont parfois noirâtres, et passent par les diverses décolorations des ecchymoses ordinaires. Leur étendue est extrêmement variable, puisqu'elles peuvent constituer un simple pointillé, ou occuper une assez grande partie d'un membre. Rares sur le crâne et à la face qui est jaunâtre, elles se montrent de préférence sur le tronc et sur les membres.

La *peau* est sèche et rugueuse. Souvent il survient une *infiltration des membres inférieurs*, qui, d'abord remarquable autour de l'articulation tibio-tarsienne, et visible surtout le soir, devient ensuite permanente et s'étend à tout le membre.

Des *douleurs* plus ou moins vives, sans siége fixe, mais affectant de préférence les lombes, la partie moyenne des membres et surtout des membres inférieurs, suivant la remarque de M. Fauvel (1), se font ordinairement sentir. Les malades se plaignent d'avoir les os brisés, et cette sensation de douleur augmente encore la répugnance qu'ils ont pour toute espèce de mouvement. Ces douleurs changent d'abord facilement de place ; mais, suivant Lind, elles finissent presque toujours par se fixer, et leur siége de prédilection est un des côtés de la poitrine, où elles deviennent pongitives et sont quelquefois si intenses, que le malade semble menacé d'une suppression de la respiration. La tête, au contraire, est rarement douloureuse, chose remarquable quand on se rappelle ce qui se passe dans l'anémie.

Les auteurs, et en particulier Boerhaave, Lind, Rochoux, avaient constaté l'*intégrité du cerveau et des fonctions intellectuelles* chez les scorbutiques. M. Blot (2) a cité deux cas où les choses se sont passées différemment ; car dans l'un il y a eu un ramollissement du cerveau constaté à l'autopsie, et dans l'autre une hémiplégie qui a guéri. Toutefois, les observations contraires sont si nombreuses, qu'on ne peut s'empêcher, dans ces deux cas, de croire à une simple coïncidence.

Dans les premiers temps de la maladie, les troubles des *fonctions digestives* ne consistent guère que dans une *constipation* opiniâtre. Quelques sujets même n'offrent aucun symptôme de ce côté, tandis que d'autres ont des *déjections plus faciles*, plus nombreuses que d'ordinaire, et d'une extrême fétidité. Cependant le *pouls* ne présente rien de remarquable, si ce n'est qu'il est facile à déprimer et un peu ralenti.

A une époque plus avancée de la maladie, ou même dès les premiers temps dans certains cas (car le scorbut ne présente pas ces périodes tranchées qu'on a voulu

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1847, t. XIV, p. 261.
(2) *Union médicale*, 29 avril 1847.

lui assigner), ces symptômes sont portés au plus haut degré, et quelques uns prennent un nouveau caractère. La faiblesse est poussée jusqu'au collapsus, et il y a tendance à la *syncope* au moindre mouvement. Les points où s'étaient formées des ecchymoses deviennent le siége d'*ulcères* fongueux, sanieux, saignant au moindre contact, ne fournissant pas de pus véritable, ayant des bords élevés et gonflés, une surface irrégulière. Parfois la destruction des tissus y marche avec une grande rapidité. Les tendons, les os, peuvent être ainsi mis à nu. Quelquefois ce sont de simples *tumeurs* qui se forment, et qui sont dues à la suffusion sanguine. Lind a vu une grande étendue d'un membre se gonfler ainsi, mais quelquefois aussi il a observé une induration du mollet sans gonflement.

Lorsque le *ramollissement*, la *fongosité* et l'*ulcération des gencives* sont portés au plus haut degré, les dents sont ébranlées, et même tombent d'elles-mêmes, sans que pour cela la carie des mâchoires, pas plus que celle des autres os, soit un accident fréquent.

C'est alors principalement qu'on voit survenir des *hémorrhagies* par les surfaces muqueuses : les fosses nasales, le palais, le canal intestinal. Les selles deviennent plus fréquentes et sanguinolentes, et ces pertes ajoutent encore à la faiblesse générale. C'est là, au reste, presque le seul symptôme qu'on observe du côté des voies digestives, car l'appétit est quelquefois conservé jusqu'au dernier moment.

M. Beau, dans quatre cas de scorbut, a trouvé un *bruit de souffle carotidien* (1). Il cite un autre cas semblable rapporté dans la thèse de M. Hue-Mazelet (Paris, 1836). Aussi regarde-t-il comme la règle l'existence de ce bruit, et comme exceptionnel le cas observé par M. Andral (2), où ce bruit manquait; mais, ainsi que nous le verrons plus loin, MM. Becquerel et Rodier ont constaté aussi son absence complète.

Un des phénomènes remarquables du scorbut a été signalé par Hulme et M. Telfort (3), c'est la *nyctalopie*, qui se montra souvent dans l'épidémie de scorbut observée pendant le siége de Gibraltar.

Le *sang* qui provient des saignées et des hémorrhagies est liquide, noirâtre, et s'il se coagule, ce n'est qu'en petites parties et par grumeaux peu consistants. Quant aux *urines*, elles ne présentent pas d'altérations constantes, mais elles sont ordinairement très colorées et deviennent promptement fétides.

Un fait qui a été noté par Lind, et qui mérite d'être confirmé par de nouvelles observations, c'est que, dans les cas de maladie antécédente, le rhumatisme articulaire, par exemple, l'affection primitive prend un plus haut degré d'accroissement, et que souvent le scorbut commence par une partie lésée. Ainsi les premières ecchymoses se montrent dans le pied affecté d'entorse, dans les genoux rhumatisés, etc. Le même observateur a remarqué que les scorbutiques étaient, plus facilement que tout autre, atteints des maladies épidémiques régnantes, qui présentaient chez eux une intensité beaucoup plus grande. C'est ce qu'il a vu, *en* particulier, dans les épidémies de typhus.

Tel est, en y joignant les *contractions des membres*, signalées dans beaucoup de cas par les auteurs anglais, le tableau des sympômes qui résulte des travaux des principaux observateurs. Comme toujours, on a décrit la maladie

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1846, t. X, p. 21.
(2) *Hématologie*, p. 130.
(3) Voy. W. Kerr, *article cité*.

dans son degré le plus élevé ; mais parfois, surtout à terre et à l'état sporadique, le scorbut se présente avec des symptômes moins alarmants. Je l'ai vu à la Salpêtrière se signaler seulement par le gonflement et le saignement des gencives, par des taches livides sur les membres et le tronc, et par un état de débilité générale.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du scorbut est toujours croissante, depuis l'apparition de la faiblesse générale jusqu'aux derniers accidents. Dans le fort d'une épidémie, elle peut être très rapide, tandis que vers la fin elle devient parfois très lente. On voit surtout des exemples de scorbut marchant très lentement dans les cas sporadiques observés à terre. Il en résulte que la *durée* de la maladie est très variable. Quant à sa *terminaison*, tout le monde sait combien fréquemment elle est funeste lorsqu'on ne peut pas soustraire les malades aux influences hygiéniques qui ont occasionné le scorbut. Épuisés par les hémorrhagies, dévorés par les ulcères, en proie à tous les désordres qui résultent d'une altération profonde du sang, ils succombent dans un état de collapsus profond, en conservant néanmoins presque toujours toute leur intelligence. Dans les cas de terminaison favorable, l'amélioration se fait d'abord sentir dans l'état des forces; les malades se trouvent moins abattus; puis les taches ecchymotiques s'affaiblissent et disparaissent; les hémorrhagies se suspendent; les gencives prennent un meilleur aspect, et enfin le malade recouvre la santé, en conservant plus ou moins longtemps un reste de faiblesse.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion principale est dans le sang lui-même. Fluide, remplissant les vaisseaux, noir, parfois de couleur verdâtre, il ne présente pas de coagulum, ou ne contient que quelques grumeaux sans consistance, comme le sang extrait de la veine pendant la vie. Suivant les recherches de M. Andral (1), le nombre des globules n'est nullement diminué dans le scorbut; mais il n'en est pas de même de la fibrine, qui est dans une proportion bien inférieure à celle qui constitue l'état normal. De là, suivant cet auteur, la différence qui existe, relativement à l'hémorrhagie, entre la chlorose et le scorbut. Cet accident, si fréquent dans cette dernière maladie, est en effet rare dans la chlorose. En produisant artificiellement la défibrination du sang chez des chiens, M. Magendie (2) a donné lieu à un état qui a de l'analogie avec le scorbut, soit sous le rapport des lésions, soit sous le rapport des symptômes.

Les autres lésions sont évidemment une conséquence de cette altération; il suffit donc de les indiquer. Les taches observées pendant la vie, les suffusions, les infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire; la destruction des gencives; les ulcères plus ou moins vastes dans les divers points du corps, ont déjà été signalés. Dans les organes parenchymateux, on trouve un engorgement sanguin, et parfois de véritables foyers sanguins, sanieux, purulents. La rate est surtout remarquable par son gonflement. Elle peut être doublée et triplée de volume. Mead l'a vue, dans un cas, peser cinq livres et un quart. C'est cet état de la rate qui a été principalement mentionné dans les passages d'Hippocrate et de Celse, où l'on a cru trouver une descrip-

(1) *Hématologie médicale*, p. 128.
(2) *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*. Paris, 1842, t. IV.

tion du scorbut. La destruction des articulations, la séparation des cartilages, des abcès développés dans les ganglions, ont été quelquefois observés; mais ces lésions, qui ajoutent à la gravité de la maladie, n'en sont pas moins très secondaires.

Tel était l'état de la science lorsque j'ai publié la première édition de cet ouvrage; mais dans une épidémie de scorbut dont M. Fauvel (1) nous a donné une très bonne description, les choses se sont montrées bien différentes. Je ne peux mieux faire connaître l'état du sang chez les sujets affectés dans cette épidémie, qu'en citant les conclusions suivantes de MM. Becquerel et Rodier (2) :

« 1° L'examen du sang, disent ces auteurs, n'a révélé aucun des caractères de dissolution décrits par les anciens, regardés par eux comme constants, et admis comme tels sans contestation. L'augmentation de l'alcalinité de ce liquide ou une proportion plus considérable des sels du sang n'a pas été non plus constatée.

» 2° Le sang était notablement appauvri en globules et en albumine soluble, et par conséquent plus riche en eau. Cet appauvrissement tient, sans doute, à la diminution très sensible de l'appétit des malades, et ne doit point être considéré comme la cause de l'affection scorbutique. Il est toutefois remarquable qu'avec cet état anémique bien caractérisé, *il n'ait existé aucune trace de bruit de souffle* dans le système circulatoire.

» 3° La *fibrine*, que l'on devait s'attendre à trouver diminuée ou au moins modifiée dans ses propriétés, *s'est présentée dans les proportions normales, ou sensiblement augmentée* et avec les caractères qu'elle offre dans l'état de santé.

» 4° Enfin la seule modification positive que l'on ait pu constater dans le sang a été une diminution de densité qui est loin d'être proportionnelle à l'abaissement du chiffre des matériaux solides du fluide sanguin.

» Cet abaissement de la densité est-il le résultat d'une modification quelconque, inconnue dans sa nature, des principes solides du sang? Joue-t-il un rôle dans la production de la maladie, et est-il le point de départ des infiltrations sanguines? Nous l'ignorons, disent en terminant les auteurs, et nous nous bornons à signaler ici le fait sans l'interpréter. »

Chez un sujet observé dans cette épidémie, M. Andral (3) a trouvé le sang dans l'état suivant :

Fibrine	4,120	Matériaux solides du sérum	76,554
Globules	44,400	Eau	874,626

MM. Chatin et Bouvier (4) sont arrivés à des résultats à peu près semblables.

Faut-il, après ces faits, dire, avec M. Marchal (de Calvi) (5), que « jusqu'à présent il n'y a pas lieu de réformer l'opinion d'après laquelle le sang est défibriné dans le scorbut? » Je pense qu'il y a, au moins, des motifs suffisants de douter de la réalité de cette défibrination. C'est, sans doute, ce que l'observation ne tardera pas à éclaircir.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1847.
(2) *Mém. sur la compos. du sang dans le scorbut.*
(3) *Séances de l'Acad. des sciences*, 7 février 1847.
(4) *Séances de l'Acad. des sciences*, septembre 1847.
(5) *Note sur l'état du sang dans un cas de scorbut*, lue à l'*Académie des sciences*, séance du 28 juin 1847.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le scorbut est d'un diagnostic en général très facile. Lorsqu'il attaque les marins après une longue traversée, il n'est pas de maladie avec laquelle on puisse le confondre. Il serait donc inutile d'insister sur ce point. Dans quelque circonstance qu'il se déclare, s'il se présente avec une marche rapide et la plupart des symptômes principaux précédemment décrits, il ne peut encore donner lieu à aucune erreur. Mais il n'en est pas de même s'il se montre à l'état sporadique, s'il a une marche lente, et s'il n'est caractérisé que par des ecchymoses, le gonflement spongieux des gencives et les hémorrhagies. Il se rapproche tellement alors du *purpura hæmorrhagica* et surtout du *purpura senilis*, qu'il est presque impossible de les distinguer. En pareil cas, l'état un peu différent des gencives est le seul signe qui, suivant M. Rayer (1), puisse être utile dans le diagnostic différentiel. Simplement gonflées et saignantes dans le *purpura*, elles sont d'abord enflammées, puis ramollies et comme putréfiées dans le scorbut. Par suite, l'haleine, dans cette dernière maladie, a une fétidité qui n'est point signalée dans la première. Néanmoins ce diagnostic est, comme on le voit, fondé sur des différences bien légères; cela vient, ainsi que je l'ai dit plus haut, de la grande affinité de ces deux maladies que M. Mason Good a réunies dans un même genre.

Pronostic. Le pronostic du scorbut est toujours grave. Il l'est beaucoup plus dans les épidémies survenues après une longue traversée que dans toute autre circonstance. La grandeur des ulcères, la rapidité avec laquelle ils se forment, la violence des hémorrhagies, sont des symptômes alarmants. Suivant Lind, le scorbut est beaucoup plus dangereux lorsqu'il vient compliquer une autre maladie ; car les deux affections deviennent alors plus violentes.

§ VII. — Traitement.

Dans les premiers temps, on a cherché parmi les substances médicamenteuses un moyen spécifique contre le scorbut; mais l'espoir qu'avaient d'abord fait concevoir quelques remèdes a été si constamment trompé, qu'on a été obligé de passer sans cesse d'un médicament à l'autre, en sorte que les moyens connus sous le titre d'antiscorbutiques sont aussi nombreux que peu efficaces. Aujourd'hui on a généralement reconnu l'inutilité presque complète du traitement pharmaceutique, et c'est dans les moyens hygiéniques, dans l'amélioration de la nourriture, dans le changement de lieu, en un mot dans les conditions opposées à celles qui provoquent la maladie, qu'on a une confiance à peu près exclusive. On est bien autorisé à se ranger à cette opinion, lorsqu'on voit le scorbut, après avoir résisté à tant de remèdes entassés, disparaître presque entièrement sous l'influence d'une meilleure hygiène généralement suivie. Aussi résulte-t-il des meilleurs écrits publiés tant par les auteurs du siècle dernier que par les auteurs récents, et notamment des articles importants de Fodéré (2), MM. Forget (3) et W. Kerr, qu'il faut placer en première ligne le *traitement préventif*, pour me servir de l'expression de ce dernier,

(1) *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 524.
(2) *Dict. des sciences méd.*, art. SCORBUT.
(3) *Médecine navale.* Paris, 1832, 2 vol. in-8.

et ne regarder les médicaments antiscorbutiques que comme des adjuvants plus ou moins utiles.

MOYENS HYGIÉNIQUES; TRAITEMENT PRÉSERVATIF.

Quoique ce traitement soit, ainsi que je viens de le dire, le plus important, il serait inutile de l'exposer avec de grands détails; c'est un sujet qui concerne plus spécialement l'hygiène navale, et dont les auteurs se sont occupés avec tout le soin qu'il mérite. Voici en résumé sur quels objets l'attention des médecins doit être dirigée :

Nourriture. Éviter l'usage exclusif des aliments salés. Lorsqu'on arrive dans les basses latitudes, remplacer en partie la ration de salaison par les aliments farineux. Augmenter la quantité des aliments à chaque repas, dès qu'on peut supposer qu'elle est insuffisante. La viande fraîche, les fruits bien mûrs, les végétaux verts, doivent être distribués exclusivement dès qu'on peut s'en procurer. Les procédés nouveaux pour la conservation des comestibles remplacent très avantageusement les anciennes salaisons et rendent bien plus saine l'alimentation des marins. Mais on a remarqué, et Lind en particulier fait cette observation, que ce changement de nourriture ne suffit pas pour arrêter l'envahissement du scorbut. Les précautions suivantes doivent encore être prises.

Froid; humidité. Ces deux causes puissantes doivent être combattues par tous les moyens possibles. Les mesures les meilleures à prendre sont celles qui se trouvent indiquées dans l'article important de M. Kerr. Fournir aux matelots des vêtements de laine; ne point permettre qu'ils gardent leurs habits mouillés après leur quart; remplacer le lest composé de matières qui gardent l'humidité, par des masses de fer; substituer, autant que possible, au lavage des vaisseaux, le grattage et le frottement à l'aide du sable; établir un système de ventilation commode; promener dans les entreponts des fourneaux pleins de charbon incandescent, tels sont les moyens qui, sous ce rapport, ont rendu les plus grands services et qu'il faut s'attacher à multiplier et à perfectionner s'il est possible.

Boissons. L'abus des boissons alcooliques est funeste, mais l'entière privation n'aurait sans doute pas de moins mauvais résultats. Une quantité modérée de vin et d'eau-de-vie, chaque jour, a paru avoir des effets très avantageux, surtout quand on a pris soin de forcer le matelot à couper avec de l'eau, ou une infusion légèrement excitante, la boisson alcoolique. La limonade sucrée et aiguisée avec de l'eau-de-vie paraît aujourd'hui la boisson la plus avantageuse. Le vinaigre, l'acide sulfurique, sont aussi employés à la place du jus de citron. L'eau demande une attention particulière. Les vaisseaux en fer remplacent avantageusement, pour sa conservation, les tonneaux, dans lesquels elle se corrompt quelquefois très promptement.

Exercice; distraction. Lorsque le service des marins n'occasionne pas de fatigue, on se trouve bien d'organiser des exercices dans lesquels ils puissent trouver de la distraction : la danse, par exemple (1). Le capitaine Parry réussit à se préserver de la maladie, dans son expédition vers le pôle, en joignant des amusements multipliés et variés à un régime établi d'après les principes précédents.

Propreté. Quoiqu'il ne soit pas parfaitement démontré que le défaut de propreté

(1) Voy. les *Voyages des capitaines Cook et Parry.*

soit une des causes principales de la maladie, il ne serait pas prudent de s'écarter sur ce point des préceptes donnés par les principaux médecins navigateurs ; mais en forçant les matelots à des lavages journaliers, il faut toujours prendre garde à l'influence de l'humidité.

Tels sont les principaux moyens hygiéniques. Suivant les circonstances, le médecin pourra les modifier. Il est quelques autres moyens donnés également comme prophylactiques, et regardés presque comme spécifiques. Tel est l'usage journalier de la *choucroûte* qui, joint aux autres précautions, a paru à Lind avoir des effets préservatifs très remarquables. Mais quelle est l'efficacité réelle de cet usage ? C'est ce qu'on ne peut dire positivement. Il en est de même de la *drèche*, en laquelle le capitaine Cook avait la plus grande confiance.

TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif du scorbut présente, comme je l'ai dit, une très longue série de médicaments dont l'efficacité est loin d'être constatée. Disons d'abord que les moyens qui viennent d'être indiqués comme préservatifs sont aussi les premiers qu'on doive mettre en usage comme curatifs ; car si la maladie n'a pas encore trop altéré l'organisme, rien n'est plus propre à faire céder les symptômes que de placer les malades dans des conditions opposées à celles où ils se trouvaient lorsqu'ils l'ont contractée. Il n'en faut pas conclure néanmoins que les autres moyens qui vont être mentionnés sont absolument inutiles ; seulement il est évident qu'ils ne doivent être considérés que comme de simples adjuvants.

Acides. Les acides sont donnés à plus haute dose comme curatifs que comme préservatifs. La limonade tartrique, sulfurique, hydro-chlorique (1) sera la boisson habituelle des malades. En outre, on peut administrer, comme l'a fait M. Récamier dans quelques cas, le *suc d'oseille* à la dose de 150 à 250 grammes, et donner un ou deux *citrons à manger* chaque jour. Ce traitement est particulièrement employé lorsqu'il existe des hémorrhagies inquiétantes.

Stimulants antiscorbutiques. Ces médicaments sont nombreux ; les principaux sont le *raifort sauvage*, le *cochléaria*, le *cresson*, la semence de *moutarde* : en un mot, les principales substances qui entrent dans la préparation si connue sous le nom de *vin antiscorbutique*, et dont voici la formule :

℞ Racine de raifort sauvage récente et coupée	360 gram.	Feuilles de fumeterre sèches et incisées	60 gram.
— de bardane sèche	60 gram.	Semence de moutarde concassée..	180 gram.
Feuilles de cochléaria récentes et incisées.....	ãã 180 gram.	Hydrochlorate d'ammoniaque...	90 gram.
— de cresson, id		Alcoolat de cochléaria........	180 gram.
		Vin blanc..................	2 litres.

Faites macérer pendant huit jours ; passez et filtrez. La dose est de 35 à 130 grammes par jour. On peut l'augmenter si on le juge nécessaire.

On administre dans le même but le suc de quelques unes de ces plantes : du cresson, du cochléaria, etc. On en a fait des alcoolats, des tisanes. Les formules sont faciles à trouver, et n'ont rien d'assez particulier pour qu'il soit utile de les rapporter.

(1) Voy. t. II, *Épistaxis*, *Hémoptysie*.

Amers et toniques. Le *quinquina* doit être placé au premier rang ; c'est le médicament dans lequel Frank avait la plus grande confiance. Il l'administrait suivant cette formule :

℞ Extrait de quinquina.......................... 12 gram.

Faites dissoudre dans :

Décocté de quinquina.......................... 75 gram.

Ajoutez :

Eau distillée de cannelle... 60 gram. | Sirop de pavot blanc....... 15 gram.

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure.

La *fumeterre*, le *houblon*, la *gentiane* peuvent être prescrits en même temps sous forme de tisane.

Les *préparations ferrugineuses* ont aussi trouvé leur place dans le traitement du scorbut ; mais on les a toujours associées à plusieurs des autres médicaments que je viens d'indiquer. Elles ne présentent d'ailleurs rien de particulier dans leur administration.

Astringents. L'extrait, l'infusion de *ratanhia* (1) ont été principalement recommandés depuis que l'on connaît l'action de ce médicament dans les hémorrhagies. Le *cachou*, le *tannin* peuvent être prescrits dans le même but, lorsque ce symptôme est alarmant ; mais les faits ne nous ont pas suffisamment éclairés sur leur action.

Quelques substances particulières, comme le *charbon* (magnésie noire), prescrit par M. Brachet (2) ; le *nitre*, par Patterson et par MM. Cameron et Novellis (3) ; la *teinture de cantharide* (Ekelund) ; l'*eau de goudron* (Malingre), etc., ont été proposés comme spécifiques ; mais doit-on les recommander, lorsque les preuves en leur faveur sont si faibles ? Comment croire, par exemple, à toute l'efficacité du *nitrate de potasse* administré par le docteur Cameron, lorsque nous voyons ce sel prescrit en même temps que les acides végétaux, et que l'auteur lui-même remarque que l'amélioration des malades a pu dépendre du changement de climat ? Toutefois constatons que les éloges qu'on a donnés à l'emploi des sels de potasse dans cette maladie viennent à l'appui de l'opinion de M. le docteur Garrod, qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut (voyez page 164), ayant cru reconnaître que la cause du scorbut est dans une insuffisante quantité de *potasse* dans les aliments, recommanda de *mêler cette substance à la nourriture*, *sans prescrire aucun régime particulier*. On comprendra pourquoi je n'insiste pas davantage sur cette médication si confuse, et pourquoi je passe sous silence tant d'autres substances, telles que l'*ail*, le *carbone*, l'*oxygène*, la *douce-amère*, le *soufre*, etc. Je ne saurais trop le répéter, encombrer la thérapeutique, ce n'est pas l'enrichir.

Les docteurs Fontanelli et Boche donnent comme un remède préservatif, sinon curatif du scorbut, la *pomme de terre* cuite sous la cendre et mangée sans sel. M. Rousselle croit à l'efficacité de cet aliment, mais on sent combien les expériences devraient être variées et multipliées avant d'entraîner à la conviction.

(1) Klein, *Abhandl. üb. d. Rat.* Stuttg., 1818.
(2) Thèse. Paris, 1803.
(3) *Ann. univ. di med*, septembre 1845.

TRAITEMENT DE QUELQUES SYMPTOMES.

J'ai dit que, dans les premiers temps de la maladie, la *constipation* était fréquente. Pour la combattre, il suffit d'avoir recours à un purgatif ordinaire : *sulfate de magnésie*, *jalap*, *aloès*, etc.

Le *gonflement* et l'*ulcération putride des gencives* doivent être traités localement, en même temps qu'on attaque la cause générale qui les a produits. Les *gargarismes* proposés dans ce but sont nombreux. Le *chlorure de chaux ou de soude* est aujourd'hui fréquemment employé. On peut mettre en usage la formule suivante de M. Angelot (1).

℞ Chlorure de chaux ou de soude...... de 0,75 à 2 gram.	Mucilage de gomme arabique. 20 gram.
	Sirop d'orange............. 15 gram.

Mêlez. Toucher les gencives avec un pinceau chargé de ce mélange. Le chlorure de chaux sec, appliqué en petite quantité avec le doigt, peut aussi être employé, mais il en faut surveiller l'action.

Les *gargarismes acides* sont prescrits dans le même but. Meyer recommande le suivant :

℞ Eau de sauge........... 120 gram.	Acide hydrochlorique affaibli. 0,60 gram.
Alcoolat de cochléaria.... 8 gram.	Miel rosat............... 30 gram.

Mêlez. Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Il vaut peut-être mieux encore faire un mélange d'une partie d'acide hydrochlorique pur et de trois parties de miel, et en toucher deux fois par jour les gencives ulcérées.

Lorsque le saignement des gencives est considérable, les astringents, tels que la décoction d'*écorce de chêne*, de *feuilles de noyer*, de *noix de galle*, peuvent être mis en usage à l'état de gargarisme. Il en est de même de l'*alun*, qu'on peut aussi appliquer sous forme de poudre.

Le traitement des *ulcères* a nécessairement aussi fixé l'attention des médecins. Les *lotions vinaigrées* dans les cas d'hémorrhagie; les pansements avec le *vin aromatique*; la *décoction de quinquina*, le *quinquina en poudre* sont ordinairement mis en usage. Le docteur Robertson (2) a employé avec beaucoup de succès, dit-il, les lotions suivantes :

℞ Alun.................... 8 gram.	Eau.................... 400 gram.

Pour lotions, deux ou trois fois par jour.

Lind employait de préférence l'*onguent égyptiac*, aujourd'hui très peu usité, et dont voici la formule :

℞ Vert-de-gris............ 150 gram.	Vinaigre................. 210 gram.
Miel.................. 420 gram.	

Faites bouillir jusqu'à bonne consistance. On étend ce mélange sur du linge ou sur de la charpie pour chaque pansement.

Enfin la *diarrhée sanguinolente* est combattue par les *astringents* en lavement.

Résumé ; ordonnances. Tel est ce traitement, que j'aurais pu présenter dans de bien plus grands détails, si je n'avais pensé qu'il y aurait de véritables inconvé-

(1) *Revue méd.*, 1827, t. II, p. 49.
(2) *Edinburgh med. and surg. Journ.*, vol. XII, p. 146.

nients à multiplier les moyens thérapeutiques, lorsqu'ils n'ont pas d'action particulière. On a vu qu'après les moyens hygiéniques nous ne trouvons que des remèdes qui, sans leur concours, n'ont qu'une action fort incertaine; c'est donc aux premiers qu'il faut donner toute son attention.

Dans le cours de ce paragraphe, je n'ai guère eu en vue que le scorbut développé chez les navigateurs ; mais il est si facile de faire l'application de tout ce qui a été dit au traitement du scorbut de terre, qu'il n'est pas nécessaire d'y consacrer un article à part. Je vais, dans quelques ordonnances, présenter les principaux moyens curatifs ; car, pour les moyens hygiéniques, l'exposition qui précède est suffisante.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE SCORBUT COMMENÇANT.

1° Pour tisane, limonade.

2° Prendre tous les jours de 150 à 250 grammes de suc d'oseille.

3° Envelopper le corps de linge chaud et sec, et, s'il se peut, de flanelle.

4° Supprimer les aliments salés. Prescrire les farineux ; les légumes verts ; la viande fraîche.

5° Un léger purgatif, s'il y a constipation.

IIe Ordonnance.

SCORBUT AVEC GONFLEMENT ET SAIGNEMENT DES GENCIVES.

1° Insister sur les boissons acides.

2° Gargarisme astringent avec l'écorce de chêne, l'alun, etc.

3° Toniques et amers : quinquina ; fumeterre ; ferrugineux.

4° Administrer le vin antiscorbutique ou la potion suivante :

℞ Eau distillée de sureau....	180 gram.	Suc de citron............	60 gram.
Alcoolat de cochléaria.....	15 gram.	Sirop de coquelicot........	60 gram.

A prendre par cuillerées.

5° Régime ; soins hygiéniques, *ut suprà.*

IIIe Ordonnance.

SCORBUT AVEC ULCÉRATION DES GENCIVES ET ULCÈRES FONGUEUX DE LA SURFACE DU CORPS.

1° Pour boisson :

℞ Orge malthé...........	60 gram.	Eau commune..........	1500 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.

Passez et ajoutez :

Suc de citron...........	15 gram.	Sucre blanc.............	Q. s.

A prendre par tasses.

2° Gargarisme avec le chlorure de chaux, l'alun, etc. (voy. page 173), ou bien touchez les ulcérations des gencives avec l'alun en poudre ; un mélange d'acide hydrochlorique et de miel, etc. (voy. page 173).

3° Lotions sur les ulcères avec l'eau alumineuse (Robertson); pansement avec

l'onguent égyptiac (Lind), avec le quinquina, le vin aromatique, etc.; ou bien encore avec le mélange suivant :

℞ Onguent basilicon....... 50 gram. | Huile de térébenthine...... 50 gram.
Mêlez et appliquez le mélange chaud.

4° Lavements astringents contre la diarrhée sanguinolente.

5° Régime, hygiène, *ut suprà.*

Avec les détails qui précèdent, on pourra facilement multiplier les ordonnances.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Moyens hygiéniques : Nourriture abondante, variée; se préserver soigneusement du froid et de l'humidité; boissons acidules, légèrement alcooliques; exercice, distractions; soins de propreté.

Moyens curatifs : Acides, stimulants antiscorbutiques; amers, toniques; astringents; charbon; nitre; eau de goudron; potasse dans les aliments, etc.; chlorures; pansements détersifs et antiseptiques; légers purgatifs d'abord; lavements astringents contre la diarrhée.

ARTICLE V.

LEUCOCYTHÉMIE.

Sous le nom de *leucocythémie* le docteur Hughes Bennet (1), d'Édimbourg, a décrit une altération particulière du sang déjà signalée en Allemagne sous la dénomination de *leukémie* et caractérisée par l'augmentation des globules blancs ou incolores. Il a rassemblé 31 observations dans lesquelles cette altération existait à un plus ou moins haut degré.

Causes. Sur 25 cas bien constatés 16 ont été observés chez l'homme; 9 chez la femme; le plus jeune sujet était une petite fille âgée de neuf ans; le plus âgé, une femme de soixante-neuf; en général, la maladie paraît surtout avoir son maximum de fréquence dans l'âge adulte, et être plus commune dans un âge avancé que dans la jeunesse.

Symptômes. Quant aux symptômes produits par cette altération du sang, ils sont difficiles à déterminer en présence des altérations particulières des organes intérieurs auxquelles semblent se rattacher directement les symptômes observés pendant la vie.

20 malades sur 25, observés par ce médecin, offraient un gonflement plus ou moins considérable de l'abdomen, dépendant dans la plupart des cas d'une augmentation de volume de la rate ou du foie ou de tous deux en même temps.

La respiration était plus ou moins affectée dans 12 cas sur 25, et, dans 5, les troubles paraissaient se lier à une maladie pulmonaire; dans 12 cas, il y a eu diarrhée, dans 5 seulement de la constipation; 14 fois, il y a eu des hémorrhagies, les épistaxis se montrent surtout fréquentes. Le mouvement fébrile se montra 11 fois et ne fut pas de longue durée; mais le caractère qui ne manqua jamais fut la pâleur anémique du tégument externe, et quelquefois la teinte bleuâtre de la conjonctive.

Lésions anatomiques. Dans les 19 cas, dans lesquels on a pu faire l'autopsie, les organes qui ont été trouvés le plus communément altérés sont la rate, le foie et les ganglions lymphatiques.

(1) *Monthly journ. of med.*, janvier, avril, août et octobre 1851.

16 fois la rate était augmentée de volume; sa densité était souvent augmentée, quelquefois diminuée; dans quelques cas, elle était naturelle.

Le foie était malade 13 fois sur 19, plus ou moins hypertrophié dans la plupart des cas; sa structure était plus ou moins altérée.

11 fois sur 19 les ganglions lymphatiques avaient subi une altération.

Le sang tiré pendant la vie ou recueilli après la mort a toujours offert les mêmes proportions dans sa composition et les mêmes altérations, et un fait curieux, c'est que ces altérations une fois constatées on n'a trouvé aucun changement appréciable. La proportion d'eau a varié de 815,8 à 881: moyenne, 835,89. La proportion des matériaux solides a varié de 119 à 184,2: moyenne, 164,10. Proportion de globules de 49,7 à 101,63 : moyenne, 81,49. Proportion de fibrine de 2,3 à 7,08 : moyenne, 4,78. Proportion des matériaux solides du sérum de 67 à 95 : moyenne, 77,82.

La quantité des globules blancs, vus au microscope, a paru toujours au-dessus de l'état normal, quoique l'on manque de moyens pour connaître la proportion relative. Ces globules, dans quelques cas, avaient trois ou quatre fois la valeur des globules colorés.

Nous ne connaissons rien de positif sur le *traitement* de cette affection très grave. Il faut attendre de nouvelles recherches sur ce point.

Il existe plusieurs autres altérations du sang qui ont été décrites dans les traités de pathologie et dans les recueils; mais ces altérations ne constituent pas des maladies isolées. Elles sont liées à d'autres affections dont elles ne sont que des lésions secondaires. C'est donc dans l'histoire de ces affections qu'il importe seulement de les décrire. Déjà, à l'occasion de la phlébite, j'ai fait connaître l'infection purulente; les autres altérations trouveront leur place plus tard. Je vais passer actuellement aux maladies constituées par des troubles qui se manifestent à la fois dans le système circulatoire et dans un autre appareil.

CHAPITRE II.

AFFECTIONS DU SYSTÈME CIRCULATOIRE ET D'UN AUTRE APPAREIL.

Je ne parlerai dans ce chapitre que de la syncope et de l'asphyxie. Les spasmes du cœur et des artères devant être confondus avec les palpitations nerveuses, ne doivent pas trouver place ici. Il est des cas, il est vrai, où l'une des deux maladies dont il va être question, la syncope, semble avoir son point de départ unique dans un obstacle à la circulation : c'est lorsque la lipothymie survient dans certaines affections du cœur. Mais ces cas ne sont pas les plus fréquents, et l'on verra à l'article des causes que presque toujours on trouve dans un trouble des fonctions nerveuses la cause productrice de la syncope. Quant à l'asphyxie, il est inutile de rappeler qu'agissant d'abord sur la respiration, c'est consécutivement qu'elle empêche l'artérialisation du sang, d'où la stupéfaction de tous les organes.

ARTICLE I.

SYNCOPE.

Dans un nombre assez considérable de cas, la syncope survient dans le cours d'affections très diverses, où j'aurai à la mentionner; mais non moins fréquemment elle est occasionnée par des causes tout à fait accidentelles, et elle constitue un état pathologique très distinct. Elle mérite donc toute l'attention du praticien. Elle a donné lieu à de nombreuses recherches, dans lesquelles il faut choisir ce qui est réellement pratique; car, avant ces derniers temps, on s'est livré à de nombreuses hypothèses que nous pouvons sans inconvénient passer sous silence.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La syncope, *deliquium animi*, lipothymie, évanouissement, *fainting* (angl.), *Ohnmacht* (all.), *desmayo* (esp.), doit être définie une suspension plus ou moins longue des mouvements du cœur, des mouvements respiratoires, des fonctions sensoriales et de la locomotion. On voit que, portée à ce degré, la syncope n'est autre chose que la *mort apparente* qu'on a vue quelquefois se prolonger pendant plusieurs heures. Peut-être vaudrait-il mieux dire : la suspension *plus ou moins complète* de ces fonctions; car aujourd'hui on ne regarde plus les défaillances, les lipothymies, que comme des degrés de la syncope. Mais il suffit de savoir que cette définition s'applique seulement à la syncope portée à son plus haut degré.

Tout le monde sait combien la syncope est *fréquente*, ce dont on pourra juger par le grand nombre de ses causes; mais il faut dire que la syncope de courte durée est seule fréquente; celle qui se prolonge au delà de quelques minutes est au contraire extrêmement rare.

§ II. — Causes.

Les *causes prédisposantes* sont peu nombreuses, mais bien tranchées. Un affaiblissement, un *épuisement* causé par une longue maladie; les *affections débilitantes*, le *sexe féminin*, le *tempérament nerveux*, la *grossesse*, en sont les principales. Elle peut survenir aussi chez les *femmes en couches*. M. Robert (1) cite, en effet, trois cas de syncope mortelle chez des femmes plus ou moins récemment accouchées. J'ai déjà signalé les *maladies du cœur*. Il est quelques sujets qui, en dehors de toutes ces conditions, ont néanmoins des syncopes sous l'influence de causes occasionnelles légères; il y a alors une prédisposition particulière, dont la nature nous est entièrement inconnue.

En revanche, les *causes occasionnelles* sont extrêmement nombreuses. Sauvages, qui a divisé la syncope suivant ses causes, n'en admet pas moins de trente-deux espèces, sans compter les lipothymies dont il fait un ordre à part. Cette division est inutile. Celle de Senac (2) est bien plus importante. Il divise les causes en trois ordres : celles qui ont leur siége 1° dans le cœur; 2° dans les vaisseaux; 3° dans les nerfs; 4° les causes particulières : *troubles de l'estomac*, *altérations du foie*, etc.

(1) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, 30 janvier 1852.
(2) *Maladies du cœur*, t. II, p. 166 et suiv.

M. Ash (1) a suivi cette division, qui est très naturelle, et qui me paraît devoir être adoptée.

Je dirai peu de chose ici des *affections du cœur et des vaisseaux* comme cause de la syncope. Il en a été suffisamment question dans l'histoire des maladies de cet organe. Je me contenterai de rappeler que la dilatation du cœur, et surtout la communication des cavités droites et gauches, donnent le plus souvent lieu à cet accident.

Les *hémorrhagies* abondantes sont une des causes les plus fréquentes de la syncope, et l'on a remarqué que les pertes de sang artériel l'occasionnaient plus facilement, à quantité égale, que les pertes de sang veineux.

Les causes qui agissent principalement *sur le système nerveux* sont extrêmement variables : diverses odeurs, la vue de certains objets (animaux repoussants, plaies, ordures dans les aliments, etc.), les émotions soudaines, une vive frayeur, une douleur violente et subite, et plusieurs autres impressions de la même nature qu'il serait trop long d'énumérer, par exemple le toucher de certains objets, une trop vive chaleur, une fatigue violente et prolongée, surtout à jeun, en un mot toutes les causes qui agissent en épuisant l'influence nerveuse. Je n'insisterai pas sur ces causes, qui sont connues de tout le monde.

Les *causes diverses*, celles surtout qui agissent sur d'autres organes que le cœur et les nerfs, ne sont guère moins nombreuses et moins variées. L'ingestion de certains aliments dans l'estomac ; l'action de l'émétique, les flux séreux ou muqueux trop abondants ; la soustraction rapide d'une collection séreuse, comme dans la paracentèse, etc., produisent parfois la syncope. Il en est de même de certains miasmes.

Il faut remarquer que cette division, bien que la plus naturelle, n'est pas néanmoins si parfaite que toutes les causes placées dans un des trois ordres soient entièrement étrangères aux deux autres. Dans les pertes de sang, par exemple, l'action du système nerveux n'est-elle pas évidente ? Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que la facilité avec laquelle se produit la syncope n'est pas en raison directe de l'abondance du sang tiré. On sait qu'une saignée pratiquée, le malade étant debout ou assis, produit quelquefois la syncope avant qu'on ait extrait 100 grammes de sang, tandis qu'une soustraction de 500 grammes n'a pas le même effet dans le décubitus. N'y a-t-il pas là une action nerveuse ? On a voulu expliquer le fait par la diminution de la quantité de sang arrivant au cerveau, mais sans nier qu'il y ait là une cause dont il faut tenir compte, trop de faits prouvent qu'elle ne saurait être la seule, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la syncope ne méritent guère qu'une indication, tant ils sont simples. Parfois ils se produisent si rapidement, que le sujet perd ses sens avant d'avoir été prévenu par aucun malaise. Plus souvent un sentiment de faiblesse générale se fait sentir, les yeux se troublent, les oreilles bourdonnent, la vue et l'ouïe s'affaiblissent avant que le malade tombe privé de tout sentiment. Lorsque la cause se trouve dans un autre organe que le cœur et les nerfs, les premiers symptômes peuvent être différents ; ainsi la douleur, la plénitude de l'estomac, de violentes coliques, etc.

(1) *Cyclop. of pract. med.*, vol. IV, art. SYNCOPE.

J'ai déjà dit qu'au moment où la syncope est complète, on observe l'état de *mort apparente*. Abolition de la respiration, point de pouls, pas de battements du cœur, pâleur de la face, froid des extrémités; tels sont les phénomènes que présente le sujet. Parfois il y a des évacuations involontaires.

Lorsqu'il n'y a qu'une *simple défaillance ou lipothymie*, la respiration peut encore s'exercer, quoique très faiblement, et l'on pense avec raison que dans les cas où la syncope a duré plusieurs heures et même des jours entiers, la circulation et la respiration n'étaient pas entièrement abolies, car autrement on aurait grand'peine à comprendre, en pareil cas, le maintien de la vie.

Dans un travail remarquable récemment publié, M. Bouchut (1) a démontré que toutes les prétendues résurrections après des morts de plusieurs heures ou de plusieurs jours, doivent être rangées parmi les fables. Cet auteur a constaté que lorsque par l'auscultation attentive on s'est assuré que le pouls a cessé de battre pendant cinq minutes, on peut être certain que la mort est réelle.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *durée* ordinaire de la syncope est d'une minute, ou moins; il n'est cependant pas rare de la voir se prolonger un peu au delà de ce terme. Quelquefois plusieurs syncopes consécutives ont lieu à divers intervalles, et cet état peut durer assez longtemps. Il est rare que la syncope *se termine* par la mort. Les battements du cœur se reproduisent faiblement et lentement d'abord, ainsi que les mouvements respiratoires; puis les sens reviennent, les perceptions sont vagues pendant quelques instants, et enfin tout rentre dans l'ordre, quoique habituellement un certain malaise et un peu de faiblesse succèdent pendant quelque temps à l'évanouissement.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a recherché si la syncope donnait lieu à des *lésions anatomiques*, mais quelques caillots dans le cœur et dans les vaisseaux sont les seules qu'on doive lui rapporter. Toutes les autres appartiennent aux maladies dans le cours desquelles elle s'est produite.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On comprend facilement que le *diagnostic* ait peu occupé les médecins; les caractères de la syncope sont si frappants, que l'erreur n'est guère possible. Aussi n'est-ce que par excès de précautions qu'on a indiqué la manière de distinguer l'évanouissement, de l'apoplexie et de l'asphyxie. Dans l'apoplexie, l'action du cœur et la respiration existent encore; dans l'asphyxie, la syncope peut exister, mais c'est un simple accident d'un état qui se distingue par des caractères si tranchés.

Mais il est une question beaucoup plus importante : peut-on s'assurer si la mort est réelle ou s'il n'y a qu'une syncope complète? Cette question a été bien souvent agitée, et, malgré tous les signes qu'on a donnés, on était arrivé à cette conclusion, que la putréfaction seule est le signe certain de la mort, lorsque M. Bouchut, dans l'ouvrage cité, a montré que l'absence des battements du cœur pendant plus de cinq minutes, à une auscultation attentive, était un signe certain. La dépression, la flac-

(1) *Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements prématurés.* Paris, 1849, p. 62.

cidité de la cornée est un phénomène qui a aussi une grande valeur. Récemment, M. Legrand a tiré parti du résultat des expériences faites dans ces dernières années sur la reproduction de la lumière d'une bougie dans l'œil. On sait que lorsqu'on place une bougie allumée devant l'œil, il se produit trois images. Ce médecin a constaté qu'après la mort ces images disparaissent en commençant par la plus profonde.

Le précepte qu'il faut tirer de ce fait, c'est que, dans les cas où chez un sujet la suspension de toutes les fonctions a lieu, sans qu'une maladie antérieure ou une grave lésion en rende raison, il faut employer avec persévérance tous les moyens de le rappeler à la vie, sans avoir égard à la longue durée de l'évanouissement.

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* de la syncope est composé de moyens bien connus.

Ouvrir un libre accès à l'air, ou transporter les malades dans un lieu aéré; délier ou couper les vêtements trop serrés; placer les malades dans le décubitus horizontal, la tête basse; projeter sur la face de l'eau froide; en faire boire; y ajouter quelques gouttes d'ammoniaque, d'éther, de vinaigre, d'alcool; faire respirer ces substances, l'eau de Cologne, l'eau de fleurs d'oranger; en frotter les tempes; donner au malade de brusques secousses, tels sont les moyens vulgairement employés, et presque toujours avec succès.

Si la syncope se prolonge, pratiquer des frictions sèches, aromatiques, alcooliques, sur la région épigastrique et sur les extrémités. L'opium, le laudanum en particulier, est souvent employé en Angleterre. Les lavements stimulants avec le sel commun, le vinaigre, sont aussi mis en usage. Dans les cas où une hémorrhagie très abondante est la cause de l'accident, comme cela a lieu après l'accouchement, la ligature des membres rétablit les fonctions des principaux organes, en refoulant vers le centre le sang qui tend à gagner les extrémités. Quelques médecins ont craint que, dans certains cas, dans les maladies du cœur par exemple, un traitement actif n'ait des inconvénients; mais ce sont là de vains scrupules, car, avant tout, il faut rappeler les malades à la vie.

Enfin, dans les cas particuliers, on agira sur les organes affectés. Dans l'indigestion, on donnera un vomitif; dans les coliques, un lavement laudanisé, etc.

Cette indication suffit pour un traitement aussi simple et aussi connu.

ARTICLE II.

ASPHYXIE.

Depuis que les belles recherches de Bichat ont établi le rôle des divers organes et des diverses fonctions dans l'asphyxie, on ne range plus sous cette dénomination plusieurs états différents, et entre autres la syncope; sur ce point, les auteurs sont d'accord. Mais de nombreuses discussions se sont élevées, avant Bichat et même depuis, sur la manière dont se produit réellement l'asphyxie. Ces discussions ont un très haut intérêt, sans aucun doute; mais, ainsi qu'on l'a fait très bien remarquer (1), c'est un intérêt tout physiologique, et, par conséquent, tout de curiosité pour le praticien; on comprendra donc facilement pourquoi je laisse de côté presque toute la théorie de l'asphyxie, sur laquelle d'ailleurs il est facile de se procurer les ren-

(1) *Compendium de médecine*, art. ASPHYXIE.

seignements les plus étendus. Il suffit de dire que, suivant Haller (1), le sang arrêté dans les poumons s'accumule et stagne dans le reste du corps ; que, d'après Goodwin (2), c'est dans le cœur même que le sang s'arrête, par défaut de la stimulation qui est apportée à cet organe dans l'état normal par le sang artériel ; que, d'après Bichat, la circulation n'est pas entièrement arrêtée, mais que les artères, lançant dans tous les organes, et principalement dans les centres veineux, un sang non hématosé, il en résulte une stupéfaction générale, une véritable intoxication. Enfin, que d'autres expérimentateurs ont opposé à cette dernière théorie quelques objections qui peuvent la rendre moins absolue, mais non la détruire. Cela dit, je vais aborder la description de l'asphyxie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le mot *asphyxie* avait été primitivement employé pour exprimer tout état dans lequel la circulation était suspendue. Aujourd'hui, on n'entend par là que la mort apparente provenant *primitivement* de la suspension des phénomènes respiratoires. C'est là la définition adoptée par M. Ph. Bérard, dans son excellent article sur l'asphyxie, et c'est celle qui me paraît devoir être admise.

Bien que l'expression d'*asphyxie* soit presque impropre, puisque, suivant son étymologie, elle désigne la privation du pouls, elle est si bien connue, la valeur en est si bien établie, qu'on doit la conserver de préférence aux autres noms proposés, tels que : *apnée* ; *mort apparente* ; *anhématosie* ; *defectus animi*, etc.

§ II. — Causes.

L'asphyxie étant un accident, les causes qui la produisent sont toutes *occasionnelles*. L'état dans lequel se trouvent quelques individus peut rendre, il est vrai, plus facile l'action de ces causes, mais ce n'est pas là une véritable prédisposition. On a très diversement divisé les causes occasionnelles. La division proposée par M. Bérard est la plus simple : elle embrasse toutes les véritables asphyxies ; c'est celle que je suivrai.

Les causes de l'asphyxie se divisent en deux classes principales : la première comprend toutes celles qui empêchent l'entrée d'un fluide élastique dans les poumons ; la seconde renferme celles qui ont pour résultat l'arrivée dans les poumons d'un fluide élastique impropre à l'hématose, c'est-à-dire ne contenant pas une suffisante quantité d'oxygène. Plusieurs auteurs rangent dans l'asphyxie les accidents causés par l'introduction d'un gaz délétère dans les organes respiratoires ; mais, comme le fait remarquer M. Bérard, ce sont là de véritables empoisonnements, puisque la quantité de gaz introduite est quelquefois si petite, que la respiration n'en est pas mécaniquement troublée. Quant à certains états morbides, tels que le choléra dans sa période algide, M. Bérard les distingue encore de l'asphyxie, et les différences qu'il signale sont si grandes, qu'on ne peut s'empêcher de se rendre à ses raisons.

1re CLASSE. *Obstacle à l'introduction d'un fluide élastique dans le poumon.* Nous trouvons d'abord dans cette classe les obstacles mécaniques à la respiration, tels que la *compression des parois thoraciques* et de l'*abdomen* chez les sujets en-

(1) *Elementa physiologiæ*, t. III.
(2) *La connexion de la vie avec la respiration*. Paris, 1798.

sevelis sous les décombres, sous un éboulement, etc.; la *compression des poumons* par un épanchement, par l'*entrée de l'air dans la plèvre*, par le *refoulement du diaphragme*, par la pénétration des viscères abdominaux dans la paroi thoracique; l'*obstruction des voies respiratoires* par la *strangulation*; la *suffocation* par occlusion de la bouche et des narines; un *obstacle dans le canal aérien* (corps étranger, croup, œdème de la glotte, etc.) (Voy. t. I.) M. Piorry a joint à ces causes l'obstruction des voies aériennes par l'*écume bronchique*. Viennent ensuite la *paralysie des puissances musculaires* destinées à introduire le fluide élastique dans les poumons; c'est ce qu'on voit dans les lésions de la moelle, surtout lorsqu'elles occupent la partie supérieure. Il faut rapprocher de ces causes celle qui produit l'asphyxie des *nouveau-nés*; car en pareil cas, l'obstacle qui s'oppose réellement à la circulation est une faiblesse extrême qui ne permet pas l'ampliation de la cavité thoracique. Enfin une autre série de causes qu'il faut ranger dans cette classe résulte du séjour plus ou moins prolongé dans un lieu privé d'air; ainsi la *submersion* dans un liquide quelconque et le séjour dans le *vide*. Les personnes qui périssent dans un éboulement peuvent être asphyxiées non seulement par compression des poumons, mais encore par privation d'air: la cause est alors complexe.

2e CLASSE. *Introduction dans les poumons d'un gaz non respirable*. Dans cette classe se rangent les asphyxies causées par la respiration de l'*air altéré*; on en a vu des exemples chez des personnes qui ont séjourné dans un lieu trop étroit ou occupé par un trop grand nombre de personnes; viennent ensuite l'inspiration des divers gaz : l'acide carbonique, l'hydrogène carboné, l'hydrogène, l'azote. Le tableau des causes de l'asphyxie est fort bien présenté par les auteurs du *Compendium* (t. I, p. 377), qui ont en outre admis l'asphyxie par les gaz délétères, la congélation, etc.

Cet exposé rapide des causes de l'asphyxie me paraît suffisant. On pourrait sans doute y ajouter de nombreux détails; mais en y réfléchissant, on verra qu'ils n'auraient pas d'avantages réels.

§ III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont reconnu la difficulté de tracer un tableau général des symptômes de l'asphyxie. La diversité des circonstances dans lesquelles elle se produit en est la cause. Cependant il importe d'indiquer d'une manière générale ce qui appartient en commun aux principales espèces : c'est ce que je vais faire, me réservant d'exposer plus loin les phénomènes particuliers propres à chacune d'elles.

En général, l'asphyxie se produit graduellement, quoique d'une manière presque toujours rapide. Ce n'est que dans les accidents très graves que les fonctions sont brusquement interrompues. Les premiers symptômes sont les suivants : d'abord, malaise général dans la poitrine, sentiment de constriction contre lequel luttent en vain les efforts pour attirer dans cette cavité un gaz respirable; puis troubles nerveux, tels que vertiges, tintements d'oreilles, pesanteur de tête; éblouissements, troubles de la vue; plus tard, troubles de la circulation et signes de congestion veineuse : face injectée, violette, bouffie; origine des muqueuses bleuâtre; saillie des veines superficielles; matité du cœur droit plus étendue qu'à l'état normal, constatée par M. Piorry; irrégularité, tumulte des battements de cet

organe ; plus tard encore, abolition des sens et de l'intelligence, résolution de tous les membres et anéantissement de la puissance musculaire. Lorsque l'asphyxie est parvenue à ce degré, la stase du sang veineux faisant des progrès, la face se tuméfie, les conjonctives s'injectent, on aperçoit sur le corps, et particulièrement aux parties déclives, des sugillations, des ecchymoses, de larges suffusions sanguines. Il y a alors mort apparente, et si de prompts secours ne viennent pas rappeler le malade à la vie, les fonctions perdent successivement la faculté de se reproduire, et la mort est réelle.

Tel est le tableau général de ces symptômes ; restent maintenant les particularités dont je vais dire un mot.

L'*asphyxie par un obstacle ayant son siége à l'intérieur des voies respiratoires* (croup, œdème de la glotte, corps étrangers, etc.) ne nous présente rien de remarquable, si ce n'est sa plus ou moins grande rapidité, suivant que l'obstruction est plus ou moins complète. L'espèce suivante me paraît toutefois devoir être mentionnée. M. Miquel (d'Amboise) (1) a observé un cas d'*asphyxie* chez un jeune enfant, *par régurgitation* d'un morceau de viande mal mâchée, et son entrée dans la trachée. Un mouvement de frayeur avait causé la régurgitation. Le même effet peut se produire chez les hommes ivres ; mais ce sont alors des matières liquides qui passent de l'œsophage dans la trachée. M. Miquel en cite un exemple, et M. Mérat en avait également signalé un en 1818.

L'*asphyxie par compression des poumons* ne mérite pas de nous arrêter davantage.

Dans l'*asphyxie par suspension et par strangulation*, la congestion de la tête et par suite les accidents cérébraux sont beaucoup plus marqués. Lorsque la strangulation a été opérée avec une grande violence, il peut y avoir des lésions de la moelle, avec fracture ou luxation des vertèbres, et alors la paralysie des muscles inspirateurs vient rendre l'asphyxie bien plus prompte. Tout le monde connaît le phénomène particulier qui survient dans la suspension, et qui consiste dans l'érection du pénis et dans l'éjaculation du sperme.

Dans l'*asphyxie par submersion*, nous ne trouvons de remarquable dans les symptômes que la toux occasionnée par la pénétration du liquide dans les voies aériennes ; l'ingestion d'une certaine quantité de ce liquide dans l'estomac, et la promptitude avec laquelle s'établit l'équilibre entre la température du corps et celle du milieu où il est plongé.

Dans l'*asphyxie par viciation et insuffisance de l'air*, on remarque, d'après la relation faite par Percy (2) d'un accident de ce genre dont cent quarante-six personnes furent frappées à la fois, 1° sueur abondante ; 2° soif très vive ; 3° suffocation ; 4° fièvre ; 5° léthargie ou délire.

Dans l'*asphyxie par raréfaction de l'air*, la fréquence du pouls et la faiblesse sont surtout remarquables.

Dans l'*asphyxie par les gaz non respirables*, il faut distinguer d'abord l'*asphyxie par la vapeur du charbon*. Des prodromes plus ou moins longs, suivant la quantité de charbon brûlé, suivant l'état d'incandescence de ce charbon, et suivant l'étendue de la chambre et son occlusion, distinguent cette asphyxie. La céphalalgie, le malaise, des horripilations, un mouvement fébrile, puis la résolution des membres

(1) *Gaz. des hôp.*, 13 mai 1848.
(2) *Journ. de méd.*, t. XX, p. 382.

et l'évacuation des urines et des matières fécales, constituent ses principaux symptômes. Il n'est pas rare que les efforts de la respiration produisent une écume à la bouche que l'on constate après la mort.

Dans l'*asphyxie par les vapeurs que produit la fermentation alcoolique*, ce sont les symptômes nerveux qui prédominent : vertiges, troubles de la vue, céphalalgie, abolition de la sensibilité, hoquet, coma, délire (1).

Dans l'*asphyxie des nouveau-nés*, les efforts infructueux pour attirer l'air dans la poitrine, ou l'absence de tout mouvement respiratoire, sont les phénomènes les plus importants. Ajoutons toutefois que les auteurs sont très divisés d'opinion sur cette espèce d'asphyxie, regardée par les uns comme une simple syncope, et par les autres comme une congestion générale, une stase du sang dans tout le système circulatoire. Il serait à désirer que de nouveaux travaux fussent entrepris à ce sujet.

M. Bouisson (2) a constaté, par des expériences sur les animaux, que, dans l'*asphyxie lente*, *la bile augmente de quantité et prend une teinte foncée ou sanguinolente.* Il en conclut que le foie augmente son action pour éliminer une plus grande quantité de carbone, afin de suppléer à l'action du poumon, qui ne peut plus exhaler une quantité suffisante de ce corps.

Telles sont les variétés d'asphyxie dont j'ai cru devoir dire un mot. Il en est sans doute plusieurs autres, mais elles ne présentent rien qui ait un intérêt capital; les distinctions précédentes suffisent pour la pratique. Je pense même que présenter seulement les symptômes propres à chaque espèce a un avantage plus grand que de tracer séparément une histoire détaillée de chaque asphyxie, ce qui m'aurait nécessairement entraîné dans des répétitions nombreuses.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ordinairement l'asphyxie suit régulièrement l'ordre des symptômes indiqué dans le tableau général, et marche seulement avec plus ou moins de rapidité, suivant l'espèce d'asphyxie et les circonstances dans lesquelles se trouve le sujet. Ainsi, d'après les recherches de W. Edwards (3), les nouveau-nés résistent plus longtemps que les adultes; et, suivant les observations des médecins légistes, un étourdissement, la frayeur, peuvent rendre la mort beaucoup plus prompte dans l'*asphyxie par submersion*, etc. Dans cette dernière espèce, il peut arriver que, par suite du retour plus ou moins fréquent des sujets au-dessus du liquide, l'asphyxie se produise, pour ainsi dire, à plusieurs reprises; mais à chaque fois elle fait de nouveaux progrès.

La *durée* de l'asphyxie est très variable, même en considérant isolément chaque espèce. C'est ainsi qu'on a vu des sujets asphyxiés par la vapeur du charbon rester dans un état de mort apparente pendant plusieurs heures (4), et recouvrer ensuite la santé, tandis que d'autres ont perdu la vie dans un espace de temps beaucoup moins considérable. On peut dire d'une manière générale que les asphyxies les plus rapides sont celles qui résultent de l'occlusion complète des voies respira-

(1) Ch. Roesch, *De l'abus des boissons spiritueuses* (*Ann. d'hygiène publique*. Paris, 1838, t. XX, p. 5 et suiv.).
(2) *Acad. des sciences*, séance du 8 mai 1843.
(3) *De l'influence des agents physiques sur la vie*. Paris, 1824, in-8.
(4) Bourgeois, *Arch. gén. de méd.*, t. XX.

toires (strangulation, suspension); viennent ensuite celles qui se produisent par l'immersion du corps dans un milieu non respirable (submersion dans l'eau, les fosses d'aisances); puis celles qui résultent de l'inspiration de gaz impropres à la respiration (asphyxie par l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, l'azote, l'hydrogène, etc.), et enfin celles qui terminent les maladies (croup; œdème de la glotte, etc.). La persistance de la respiration à un certain degré, dans divers cas, rend compte de ces différences.

Dans les cas où la cause asphyxiante continue à agir un peu plus longtemps, il devient impossible d'arracher les sujets à la mort. L'étude de cette *terminaison* n'a qu'un intérêt théorique qui ne doit pas nous arrêter. Mais lorsqu'on parvient à faire cesser les premiers accidents, la terminaison par le retour à la vie présente quelques particularités dont il est nécessaire de dire un mot. Si la cause de l'asphyxie a agi seule, si elle a duré peu de temps, et si elle n'a pas produit de lésions profondes, le retour à la santé est prompt, et l'accident ne laisse guère de traces. Si le malade a été plongé dans un milieu non respirable, il reste, après le retour à la vie, un malaise plus ou moins long, avec faiblesse générale. Mais les suites sont bien plus graves lorsque l'asphyxie a été causée par un gaz non respirable, la vapeur du charbon en particulier. Une céphalalgie qui dure plusieurs jours, et parfois des semaines entières; un brisement général; un trouble dans les principales fonctions, suivent les accidents de l'asphyxie, et sont d'autant plus intenses que celle-ci a été d'une plus longue durée. On a vu quelquefois ces phénomènes se prolonger pendant plus d'une année.

Un accident particulier qui se développe à la suite de l'asphyxie par la vapeur du charbon est la *paralysie* d'un ou de plusieurs membres. M. H. Bourdon (1) a publié sur ce sujet une thèse fort intéressante, dans laquelle il a rassemblé treize observations qui en offrent des exemples.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il faut, comme je l'ai fait pour les symptômes, diviser les lésions anatomiques en celles qui sont communes aux diverses asphyxies et celles qui appartiennent en propre à chaque espèce. Voici le tableau des premières : la face est livide, bouffie, les yeux injectés, souvent saillants et fermés; le sang est noir, fluide; dans quelques cas, cependant, on y trouve des caillots. Les cavités droites du cœur et le système veineux sont distendus par ce liquide; le système artériel, au contraire, en contient peu, à moins que l'asphyxie n'ait été lente et prolongée. Dans ce dernier cas, le tissu du cœur est ordinairement ramolli. Les muqueuses, et surtout la muqueuse pulmonaire, sont injectées et d'un rouge plus ou moins foncé. Le tissu pulmonaire, gorgé de sang, est livide et plus lourd qu'à l'état normal, surtout dans les parties déclives; il s'en écoule un sang noir à la coupe. La congestion veineuse se remarque encore dans les autres organes parenchymateux, tels que le foie, les reins et la rate, qui est très gonflée. La langue est souvent injectée et tuméfiée; la vessie est ordinairement vide. Les centres nerveux sont fortement injectés en noir; les ventricules du cerveau contiennent de la sérosité, ainsi que les autres cavités séreuses, à moins que l'asphyxie n'ait été très rapide. Dans ce dernier cas, la rigidité cada-

(1) Thèse. Paris, 1843.

vérique est forte et prolongée. La plupart de ces altérations tiennent évidemment à l'engorgement du système veineux par un sang non artérialisé.

Dans l'*asphyxie par obstacle mécanique*, si, avant la suffocation complète, l'air a pu encore, quoique avec peine, pénétrer dans les poumons, ces organes sont crépitants, et en outre on trouve l'occlusion du larynx, de la trachée, des bronches. Dans les cas de *strangulation*, le gonflement de la langue, la congestion de la tête, et des signes de violence sur le cou et la partie supérieure de la poitrine sont les phénomènes particuliers qu'il importe de noter. Dans la *suspension*, on trouve la trace du lien qui a comprimé le cou.

Dans l'*asphyxie par submersion*, on note la pâleur ou une teinte violacée de la face ; une écume fluide à la bouche ; le gonflement de la langue ; dans les voies aériennes, une petite quantité d'écume formée par le liquide dans lequel le malade a été plongé, et, dans certains cas, ce liquide lui-même en assez grande abondance ; le gonflement du poumon, une quantité plus ou moins considérable du même liquide dans l'estomac ; la plénitude de la vessie, et enfin des contusions sur les diverses parties du corps, des écorchures aux mains, du sable, de la vase, du gravier au-dessous de l'extrémité des ongles. Ces derniers caractères sont dus aux chocs éprouvés par le sujet dans sa chute, et aux efforts qu'il a faits pour se sauver en s'accrochant au sol.

Dans l'*asphyxie par la vapeur du charbon*, la chaleur se conserve longtemps, la rigidité cadavérique est tardive ; le visage est gonflé et rouge ; les lèvres sont vermeilles ; l'épiglotte est toujours relevée, les poumons sont emphysémateux ; il y a parfois des ecchymoses dans la muqueuse des voies aériennes (1).

Enfin, dans l'*asphyxie par le gaz de l'éclairage*, M. Devergie (2) a trouvé une couleur rouge-brique du foie toute particulière ; une coagulation notable du sang et une congestion très prononcée du cerveau. Ces caractères sont-ils constants ?

Je m'arrête ici, car entrer dans de plus grands détails, ce serait faire une excursion dans la médecine légale.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de l'asphyxie ne présente ordinairement aucune difficulté pour le praticien. Il faut, en effet, bien distinguer, sous ce point de vue, la pathologie de la médecine légale. Le médecin légiste doit porter son diagnostic après la mort, il doit avoir égard aux diverses lésions, pour savoir, non seulement si le sujet a été asphyxié, mais encore à quel genre d'asphyxie il a succombé. Le praticien, au contraire, appelé pour donner ses soins au malade, se borne à constater les symptômes et à apprécier les circonstances dans lesquelles l'accident est produit. Aussi presque toujours est-il mis immédiatement sur la voie, et ce n'est guère que par excès de précaution qu'on a prévu le cas où l'on pourrait supposer l'existence d'une autre affection : par exemple, l'apoplexie, la commotion cérébrale, la syncope. Disons un seul mot de ce diagnostic.

Dans la *congestion cérébrale*, la paralysie est ordinairement bornée à un seul côté ; il en est de même dans la grande majorité des cas d'*apoplexie*, et en outre,

(1) Orfila, *Médecine légale*. Paris, 1848.
(2) *Annales d'hygiène*, 1830, t. III, p. 457. — Voy. aussi t. XXVII, p. 232.

ce qui est un signe distinctif, la respiration n'est pas abolie. Il en est de même dans la *commotion cérébrale*.

Dans la *syncope*, la respiration est suspendue, mais il n'y a pas de congestion veineuse. Ces considérations suffisent; car, je le répète, pour que le médecin ait besoin d'y avoir recours, il faut qu'il ignore la manière dont l'accident s'est passé, ce qui est au moins infiniment rare.

Le *pronostic* est d'autant plus grave, que la cause a agi plus longtemps, que l'obstacle à la respiration est plus facile à enlever, et que l'altération du sang est plus profonde. Ce qui a été dit plus haut de la terminaison favorable de certaines asphyxies après un temps fort long prouve qu'il ne faut, dans aucun cas, se hâter de regarder l'état du sujet comme désespéré.

§ VII. — Traitement.

Il importe, pour le traitement, d'indiquer d'abord, comme nous l'avons fait dans les autres paragraphes, les moyens généraux à mettre en usage dans les différents cas d'asphyxie. J'indiquerai ensuite la conduite à suivre dans chacune des principales espèces.

TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE EN GÉNÉRAL.

D'abord il faut *mettre*, s'il est possible, *les malades hors de toutes les circonstances qui ont produit l'accident*, ou bien éloigner l'obstacle qui s'oppose à la respiration. Les moyens qui conviennent dans ce but, étant différents, suivant le genre d'asphyxie, seront exposés dans les particularités.

Dans tous les cas, il faut *chercher à rétablir la respiration*. Pour cet effet, on a d'abord naturellement pensé à appliquer la bouche sur celle de l'asphyxié, et à pousser l'air de ses poumons dans ceux du malade; mais, outre que cet air est déjà un peu altéré, tout le monde connaît la difficulté qu'on éprouve à le faire pénétrer de cette manière dans les bronches. On a alors eu recours à l'introduction dans le larynx d'un tube légèrement recourbé, aplati transversalement, offrant à une petite distance de sa petite extrémité un bourrelet assez considérable pour qu'il ne pénètre pas trop profondément (*tube laryngien de Chaussier*). Pour cette introduction, on porte l'instrument par la bouche sur les côtés de l'épiglotte, et ramenant un peu son extrémité vers la ligne médiane, on le fait pénétrer dans l'ouverture laryngienne; puis, soit avec la bouche, soit avec un soufflet, on pousse l'air dans les voies aériennes. Cette insufflation a un danger qui a été signalé par M. Leroy d'Étiolles (1) et que j'ai déjà indiqué à l'article *Emphysème* : si l'injection de l'air est poussée trop fort, les vésicules pulmonaires peuvent, suivant cet expérimentateur, se rompre et donner lieu à la mort subite; mais nous verrons plus loin que M. Depaul a démontré que ces craintes étaient très exagérées. Pour rendre plus facile et plus efficace cette opération, il est important, en faisant agir la compression de la poitrine alternativement avec l'insufflation, d'imiter, autant que possible, les mouvements respiratoires. Si l'instrument qui vient d'être indiqué ne pouvait être introduit dans le larynx, on essaierait de faire pénétrer une sonde de gomme élastique dans les voies aériennes, par l'une des deux narines, et

(1) *Arch. de médecine*, 1829, t. XX, p. 299.

l'on insufflerait en tenant l'autre fermée. Enfin, si ces tentatives étaient infructueuses, on pousserait l'air à l'aide d'un soufflet dont on introduirait simplement le tuyau dans l'une des deux narines, toujours en maintenant l'occlusion de l'autre narine et de la bouche.

L'*électricité* a été également employée pour rétablir la respiration, et M. Leroy d'Etiolles (1) a cité des expériences dans lesquelles ce moyen a eu de très heureux résultats. Voici d'après lui comment il faut procéder :

Enfoncez entre la huitième et la neuvième côte, sur la partie latérale du corps, une aiguille courte et fine, qu'il suffit de faire pénétrer de quelques lignes pour qu'elle rencontre les attaches du diaphragme, puis établissez le courant avec une pile de vingt-cinq ou trente couples de 2 centimètres et demi de diamètre ; immédiatement après, le diaphragme se contracte, il se fait une inspiration ; interrompez alors le cercle pendant que l'expiration a lieu, puis rétablissez-le pour une seconde inspiration, et ainsi de suite.

Le *choc électrique* à la région précordiale a été aussi proposé, mais sans qu'aucun fait vienne parler en sa faveur.

On ne négligera jamais de pratiquer des *frictions* sur toute la surface du corps, et principalement sur la poitrine et à la région précordiale. Ces frictions sèches ou avec une flanelle imbibée d'alcool, d'eau-de-vie camphrée, en un mot d'un liquide excitant, doivent être pratiquées avec persévérance. On les a vues, en effet, ne commencer à agir qu'au bout de plusieurs heures. Elles doivent être pratiquées, soit avec la main, soit avec une brosse un peu rude, soit avec un linge bien sec. Il est bon de faire chauffer les liquides spiritueux avec lesquels on les pratique.

Diverses *excitations* seront pratiquées sur la membrane buccale et nasale, ou bien sur l'intestin. Non seulement elles agissent en excitant la circulation dans les organes où on les pratique, mais encore, par les mouvements qu'elles occasionnent, elles tendent à rétablir la circulation ; ainsi le chatouillement de la muqueuse nasale peut provoquer des efforts comme ceux de l'éternument, ceux de l'isthme du gosier peuvent exciter la contraction du diaphragme ; les sternutatoires, comme le tabac, la poudre d'iris de Florence, agissent de la même manière ; l'ammoniaque, l'acide sulfureux obtenu en faisant brûler des allumettes sous le nez, produisent une excitation dans tout l'appareil respiratoire. Il faut toutefois prendre garde, dans l'emploi de ces derniers moyens, de les faire agir trop longtemps, parce qu'ils peuvent déterminer dans les organes respiratoires une inflammation qui serait funeste après le retour du malade à la vie.

Ce sont encore des *excitants* qui sont portés sur la *muqueuse intestinale*. On veut, par ces moyens, déterminer les mouvements péristaltiques, et par suite un ébranlement qui excite le mouvement des autres muscles abdominaux ; pour cela on prescrit ordinairement les lavements suivants :

♃ Eau simple........... Q. s. | Sel commun............ 120 gram.

Dissolvez.

Ou bien :

♃ Chlorate de potasse...... 12 gram. | Eau simple................ Q. s.

Dissolvez.

(1) *Arch. de méd.*, t. XXII.

Ou bien encore *une partie de vinaigre sur trois parties d'eau*, une *dissolution de savon*, en un mot les substances irritantes que l'on trouve à sa portée.

Tels sont les moyens qui s'appliquent d'une manière générale aux diverses asphyxies. Voyons maintenant comment il faut agir dans les asphyxies particulières. Je ne parlerai point de la conduite à tenir dans les cas d'obstacle à la respiration dû aux diverses maladies des voies aériennes; il en a été question plus haut. Je passerai également sous silence l'asphyxie causée par les corps étrangers, par les blessures des parois thoraciques, parce qu'elle concerne uniquement la chirurgie et la médecine légale.

Dans l'*asphyxie par strangulation*, on doit d'abord s'empresser de *couper le lien*, s'il existe encore autour du cou, et puis placer le malade dans une position telle que la tête soit fortement élevée; ensuite pratiquer une *saignée*, soit au bras, soit à la veine jugulaire, et laisser couler abondamment le sang; puis appliquer sur les membres inférieurs des sinapismes, et enfin mettre en usage les divers autres moyens indiqués contre l'asphyxie en général. Dans les cas *de suspension*, on agit de la même manière, c'est-à-dire qu'on s'empresse de *couper la corde* et de dégager le cou, et qu'on a ensuite recours aux moyens qui viennent d'être indiqués.

Le traitement de l'*asphyxie par submersion* présente un plus grand nombre de particularités.

Il faut d'abord chercher à *soustraire le malade à l'action du froid*, à laquelle il a été soumis pendant plus ou moins longtemps, ensuite enlever les vêtements, essuyer rapidement le corps, le nettoyer, le placer sur un plan un peu incliné, la tête en haut, et couché sur le côté, pour favoriser l'écoulement des liquides qui obstruent la bouche et la trachée. On doit avec soin *nettoyer les narines et l'ouverture de la bouche*, puis envelopper le corps dans des linges chauds; tout cela doit être fait avec le plus de promptitude possible, toutefois en prenant assez de précautions pour ne pas causer de blessures graves par un excès de précipitation. Dans ces opérations, le médecin doit agir avec beaucoup de sang-froid, car, ainsi qu'on le fait remarquer dans le rapport de la Société anglaise (1), une erreur dans ce premier temps du traitement peut en compromettre le succès. Un autre précepte important que l'on trouve également dans cette instruction, c'est d'avoir le soin, pendant le transport, de tenir le corps couché sur le dos et la tête bien dégagée, car si on le prenait par les épaules et par les membres inférieurs, la flexion de la tête ou sa position déclive augmenterait la congestion ; ensuite *on pompe les liquides contenus dans les voies aériennes et digestives*, s'ils y sont en abondance. Toutefois, je dois dire que M. Plouviez (de Lille) (2) pense que ce moyen est inutile et nuisible, en ce sens qu'avec les appareils les mieux fabriqués, il est à peine possible de retirer quelques gouttes de liquide, et qu'on peut perdre en outre un temps précieux. Ensuite on commence l'*insufflation du poumon* de la manière décrite dans le traitement général de l'asphyxie. En même temps les *frictions* sont pratiquées, on entoure le malade de *linges chauds* fréquemment renouvelés, ou bien de sacs remplis de sable chaud, de bouteilles d'eau chaude; en un mot, on emploie tous les moyens propres à entretenir une chaleur permanente. Si l'on

(1) *The fifty-seventh annual rep. of humane Society*, 1831.

(2) *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 25 août 1851 et *Union méd.*, 28 août 1851.

peut avoir une suffisante quantité d'eau chaude, il est très important, dans le même but, de placer le malade dans un *bain d'une température modérée;* enfin le rapport de la Société anglaise (1) signale tout le danger qu'il y aurait à pratiquer une saignée dans ces circonstances. Si cependant il y avait des signes évidents d'une congestion considérable vers la tête et d'une stase du sang veineux, il ne faudrait pas hésiter à avoir recours à ce moyen, qui est recommandé par la plupart des praticiens, et qui, dans plusieurs cas, a eu un résultat avantageux.

C'est principalement dans cette espèce d'asphyxie qu'on a employé les divers excitants portés sur la membrane intestinale. On a fait des fumigations de tabac, à l'aide d'appareils particuliers qu'il serait trop long de décrire ici, ou bien on a prescrit des lavements avec une décoction assez forte de cette plante.

℞ Feuilles de tabac.... de 1 à 4 gram. | Eau.................. Q. s.

Faites bouillir pendant cinq à dix minutes.

Ce moyen, qui est encore assez fréquemment employé, a néanmoins été proscrit par plusieurs médecins, parce que, outre son action excitante, il a une action narcotique qui peut être dangereuse. Il ne faudrait donc y avoir recours que dans les cas où l'on ne pourrait se procurer un autre stimulant du tube intestinal.

M. le docteur H. Lafont-Gouzi fils (2), frappé de l'impuissance trop fréquente des moyens ordinairement employés, conseille la *trachéotomie*, qui déjà avait été proposée par Detharding, mais qui n'avait trouvé qu'un accueil assez froid de la part de plusieurs médecins, et avait été vivement repoussée par d'autres. Après la trachéotomie, il vaut beaucoup mieux, suivant cet auteur, recourir à la respiration artificielle à l'aide d'une seringue à soupape ou d'un soufflet, qu'à l'insufflation pulmonaire. Il est certain qu'après avoir fait inutilement usage de la plupart des moyens qui ont été cités plus haut, on est autorisé à agir comme le conseille M. Lafont-Gouzi.

Tels sont les principaux moyens mis en usage dans cette espèce d'asphyxie; on ne saurait trop répéter que, pour réussir, ils doivent être employés avec méthode, promptitude et persévérance. Si, comme M. Devergie en a vu des exemples, il survient un délire furieux au moment du retour à la vie, on ne doit pas hésiter à pratiquer la *saignée* et à mettre en usage le traitement antiphlogistique approprié.

Dans le traitement de l'*asphyxie par l'inspiration des vapeurs du charbon*, il faut commencer par *ouvrir une entrée à l'air* dans l'appartement occupé par le malade, puis *on le transporte dans un lieu très aéré*. Ensuite on le déshabille rapidement, on le place sur un plan incliné, la tête haute, on excite la membrane pituitaire par les substances stimulantes déjà indiquées (acide acétique, ammoniaque, acide sulfureux), on établit la respiration artificielle, et surtout on a recours aux *affusions froides*, qui sont regardées par la plupart des praticiens comme le moyen par excellence; pour cela on projette sur la face et sur la partie supérieure de la poitrine, toutes les deux minutes, un verre d'eau dont on peut rendre l'action plus vive en abaissant fortement sa température à l'aide de la glace. Lorsque les premières inspirations ont eu lieu, et que le malade éprouve une forte horripilation, il faut cesser les affusions froides et recourir aux *frictions sèches ou exci-*

(1) Voy. *Cyclop. of pract. med.*, Roget.
(2) *Bull. de thér.*, mars 1845.

toutes que l'on pratique sur une grande étendue. Suivant le docteur Babington, la *saignée* est ordinairement dangereuse dans l'asphyxie par les vapeurs du charbon, mais cette opinion n'a point été confirmée par les autres médecins, et la stase considérable qui existe dans le système veineux fait ordinairement un devoir au praticien de désemplir les vaisseaux engorgés. Portal recommande particulièrement l'*ouverture de la veine jugulaire ;* mais, dans le cas dont il s'agit, elle est moins indispensable que dans l'asphyxie par strangulation et par submersion. On n'est pas d'accord sur l'emploi des *vomitifs* dans cette asphyxie ; plusieurs médecins les regardent comme dangereux, et, comme leur efficacité est loin d'être démontrée, ils doivent être abandonnés jusqu'à nouvel ordre. Enfin les autres moyens indiqués contre l'asphyxie en général trouvent leur place dans celle-ci : ainsi les *excitants du tube digestif*, le *galvanisme*, etc.

Dans l'*asphyxie par le gaz des fosses d'aisances*, presque toujours il y a l'action d'un gaz délétère, dont je n'ai pas à m'occuper ici. Dans le cas contraire, le traitement est le même que pour l'asphyxie par les vapeurs du charbon, et il en est de même pour l'*asphyxie par le gaz de l'éclairage*, et pour l'*asphyxie résultant des vapeurs de la fermentation alcoolique.*

Enfin, dans l'*asphyxie des nouveau-nés*, on doit, suivant A. Dugès, *laisser le fœtus en rapport avec la mère par le cordon ombilical*, ou bien *lier ce cordon avant sa section*, puis pratiquer des *frictions excitantes sur toute la surface du corps*, et enfin recourir à l'*insufflation.* Ce traitement s'applique à l'asphyxie par débilité ; mais dans le cas où il y aurait, au contraire, une stase du sang par suite de la plénitude des voies circulatoires, on devrait *laisser écouler une petite quantité de sang* avant la ligature du cordon, et employer ensuite les moyens propres à établir la circulation, et principalement l'insufflation. On ne se ferait pas une juste idée de la puissance de ce dernier moyen, si l'on ne connaissait pas les résultats presque merveilleux qu'en a obtenus M. Depaul (1). Ce médecin a rendu un immense service à la science et à l'humanité en démontrant que l'insufflation, qu'on abandonnait autrefois après quelques minutes de tentatives infructueuses, peut *rappeler les enfants à la vie lorsqu'on la pratique avec persévérance* pendant vingt minutes, une demi-heure et plus encore. Il a rapporté des cas qui ne laissent aucun doute à cet égard, car il a sauvé ainsi des enfants déjà abandonnés comme morts. Moi-même (2) j'ai pu faire revivre un enfant complétement asphyxié après avoir pratiqué l'insufflation pendant cinquante-cinq minutes. Les premiers battements du cœur ne se firent entendre qu'après un quart d'heure d'insufflation persévérante. Le premier précepte qui ressort de ces faits est, par conséquent, que l'*insufflation doit être pratiquée beaucoup plus longtemps qu'on n'a coutume de le faire.* On aurait, sans aucun doute, pu sauver ainsi des milliers d'enfants qui sont restés mort-nés faute de secours suffisants.

Un autre fait bien important, qui résulte des recherches de M. Depaul, c'est qu'on *ne doit pas désespérer de rappeler les enfants à la vie, alors même que depuis longtemps, une demi-heure et même plus, ils ont été abandonnés sans secours, dans un état d'asphyxie complète.* Les cas qu'il a cités prouvent que,

(1) *Bull. gén. de thérap.* — Sauvé, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 925.
(2) *Bull. gén. de thérap.*

même dans ces cas, l'*insufflation persévérante et prolongée* peut avoir le succès le plus complet. On ne saurait trop insister sur de pareils faits.

L'insufflation à l'aide du *tube laryngien de Chaussier* que j'ai décrit plus haut (p. 187) est celle qu'on doit préférer. Dans le cas où l'on n'a pas cet instrument, il faut *insuffler de bouche à bouche*, comme je l'ai fait chez l'enfant dont j'ai parlé précédemment. Les recherches de M. Depaul prouvent que cette insufflation n'a pas pour les poumons les inconvénients que redoutait M. Leroy d'Étiolles.

M. le docteur Marchant (1), qui pense que l'insufflation n'est utile que dans la deuxième période de l'asphyxie, préfère le procédé suivant : « L'enfant étant cou-
» ché en travers sur une table, la tête tournée vers la gauche de l'opérateur, on
» introduit dans la narine droite un tuyau de plume, un bout de sonde quelconque ;
» avec la main gauche dont le bord cubital est appuyé sur le front, on maintient
» entre le pouce et l'index la sonde, et l'on ferme exactement l'autre narine en la
» pinçant entre ces deux doigts. La main droite est appliquée à plat sur la bouche
» de l'enfant pour s'opposer à la sortie de l'air insufflé par l'autre extrémité du
» tube ou de la sonde. » L'air entre dans le poumon si l'enfant est vivant, l'épiglotte étant toujours relevée, et par de légères pressions on peut faire sortir l'air qui pénétrerait dans l'estomac.

Jusqu'à présent j'ai indiqué les opérations qu'il fallait faire, mais non les *instruments* dont on se sert. On a inventé dans ce but des seringues à injection d'air, des instruments pour les fumigations, des pompes pour extraire les liquides de l'estomac, etc. Ces instruments sont maintenant, dans toutes les villes, mis à la portée des médecins par le gouvernement ; leur ensemble constitue ce que l'on appelle *boîtes de secours pour les asphyxiés et les noyés*. Tous les praticiens doivent connaître la manière de les employer, mais ils doivent, avant tout, savoir s'en passer dans l'occasion et donner des secours aux malades avec les instruments usuels qui leur tombent sous la main. Un soufflet pour les insufflations, une seringue ordinaire, une brosse, quelques morceaux de flanelle, doivent pouvoir leur suffire, car souvent ils n'auront pas autre chose à leur disposition. Parmi les instruments spéciaux, il n'en est pas de plus simples ni de mieux appropriés que ceux qui ont été inventés par M. Charrière. Une simple seringue, à laquelle on adapte, suivant les cas, diverses pièces particulières, compose presque à elle seule ces *boîtes de secours*, et suffit pour l'insufflation, les fumigations, les lavements, l'absorption des mucosités nasales, du liquide de l'estomac, et l'application des ventouses.

Tel est le traitement de l'asphyxie. Il est évidemment inutile de présenter soit un résumé, soit des ordonnances, car tout consiste dans l'emploi bien entendu des moyens particuliers.

SECTION CINQUIÈME.

MALADIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Je n'aurai pas à m'étendre longuement sur les affections des vaisseaux lymphatiques ; parmi celles qui intéressent à un certain degré le praticien, la plupart sont

(1) *Nouv. études sur le trait. de l'asphyxie des nouveau-nés*. Paris, 1852.

entièrement du domaine de la chirurgie, et les autres sont si peu connues, qu'il est impossible d'en dire quelque chose qui offre un intérêt réel. Il ne sera presque exclusivement question ici que de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et de la maladie scrofuleuse. Je place cette dernière affection parmi celles du système lymphatique, quoique je sache très bien qu'il y a en elle un principe général qu'on ne peut pas ainsi localiser. Mais les lésions anatomiques siégeant dans les ganglions constituent un caractère constant qui permet de la distinguer de toutes les autres, et qui m'autorise à lui donner une place dans ce chapitre.

ARTICLE I.

INFLAMMATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Il est très rare que cette maladie, désignée sous les noms d'*angioleucite* et de *lymphangite*, et sur laquelle on pourra consulter un travail intéressant de M. Turrel (1), se produise spontanément ; presque toujours elle est la conséquence d'une lésion plus ou moins profonde ; aussi ne va-t-elle m'arrêter que très peu d'instants.

M. Velpeau, dont les recherches sur ce sujet sont les plus importantes, divise les *causes* de la lymphangite en trois espèces. Cette inflammation se produit en effet : 1° de proche en proche, aux environs d'une blessure, 2° par irritation interne produite dans un foyer purulent, 3° de l'extérieur à l'intérieur du vaisseau, par continuité de tissu. Sous ces différents chefs se rangent les lymphangites occasionnées par l'irritation des plaies, des ulcères, par l'inflammation des divers organes, etc.

On a trouvé que les *sujets jeunes*, *lymphatiques*, affaiblis par les excès, les longues maladies, etc., étaient les plus exposés à cette affection. On l'observe assez fréquemment chez les *femmes en couches*.

Les *symptômes locaux* que présente cette maladie sont les suivants : douleurs âcres, exaspérées par la pression, avec chaleur mordicante dans le point occupé par l'inflammation. Ensuite rougeur qui suit le trajet des vaisseaux, forme un réseau irrégulier, offre une teinte claire et rosée, quelquefois violacée ; parfois les mailles du réseau se rapprochent, et il en résulte une rougeur diffuse comparée aux plaques érysipélateuses. On ne sent pas de cordon dur, comme dans la phlébite, mais il se développe un gonflement qui occupe le point enflammé et les environs, et qui, dans les régions où se trouvent beaucoup de ganglions, forme des plaques et des noyaux saillants. Cette tuméfaction des ganglions est un des caractères propres à la maladie. Dans les cas où l'inflammation des lymphatiques est trop profonde pour que la rougeur soit aperçue, la douleur, les plaques résistantes que l'on sent au-dessous de l'aponévrose, un léger gonflement des membres et une teinte légèrement rosée de la peau, sont les principaux symptômes.

Les *symptômes généraux* sont ceux d'une fièvre assez violente lorsque l'inflammation est très étendue ; dans le cas contraire, le mouvement fébrile est très léger. On a observé quelquefois l'*infection purulente*.

Presque toujours on voit l'inflammation des vaisseaux lymphatiques procéder d'une lésion apparente, et l'on peut suivre ses progrès ; on reconnaît alors que sa

(1) *Essai sur l'angioleucite*, thèse inaugurale.

marche est graduelle et non interrompue. Quant à sa *durée*, elle n'est point déterminée. On l'a vue se terminer par résolution, par suppuration et par induration. Lorsqu'elle existe seule ou qu'elle est liée à une lésion dont on peut se rendre facilement maître, elle n'a pas une grande gravité. Dans le cas où la lésion est grave, c'est elle qui sert de base au pronostic.

Le *diagnostic* le plus important est celui de la lymphangite ou angioleucite avec la phlébite; je l'ai indiqué plus haut (voy. page 118). Quant à l'érysipèle, il se distingue de la maladie qui nous occupe par la saillie qu'il fait à la surface de la peau, et par sa disposition, non en rubans, mais en plaques. Les autres diagnostics proposés n'ont pas une importance réelle.

La couleur rosée des vaisseaux lymphatiques, les concrétions pseudo-membraneuses, du pus dans leur intérieur, des inflammations de la peau, une infiltration dans le tissu cellulaire, le gonflement, l'altération de couleur, la friabilité des ganglions et les abcès métastatiques, telles sont les principales *lésions anatomiques* trouvées dans l'angioleucite. M. J. Roux (1) a vu l'angioleucite avoir pour siége les diverses parties suivantes : 1° le réseau lymphatique sous-jacent à l'épiderme; 2° la trame des lymphatiques enlacés dans le réseau vasculaire de la peau; 3° ceux qui rampent sous le derme; 4° les lymphatiques profonds.

Quant au *traitement*, des saignées générales et locales, des émollients, des cataplasmes, des bains, les applications narcotiques, sont généralement employés avec succès dans les cas où la maladie est due à une lésion toute locale. Les *vésicatoires volants* ont été essayés par M. Velpeau, mais sans succès bien notable. Une *compression* méthodique avant la suppuration peut, d'après les recherches de cet auteur, l'empêcher de s'établir. Enfin il a tiré des avantages assez grands des *frictions mercurielles et iodurées.*

On voit que j'ai glissé très rapidement sur cette affection; j'en ai indiqué plus haut les motifs, dont le principal est qu'elle n'a qu'un rapport indirect avec la pathologie interne. Quant à la *dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques*, à leur *rupture*, à leur *rétrécissement*, et même aux diverses *altérations de la lymphe*, il serait inutile de leur donner une place ici avant que des recherches plus multipliées et plus précises soient venues nous mettre à même d'en parler d'une manière plus positive. Je vais donc immédiatement passer à la description de la maladie scrofuleuse.

ARTICLE II.

SCROFULES.

De nombreux écrits ont été publiés sur cette affection, qui cependant présente encore des points extrêmement obscurs; ce qui tient, sans aucun doute, à ce que la plupart des auteurs se sont bornés à reproduire purement et simplement ce qui avait été dit avant eux.

Dans ces derniers temps, des travaux considérables ont été publiés sur ce sujet important, et, parmi eux, il faut citer en première ligne celui de M. le docteur Lebert (2), auquel j'emprunterai d'importants détails.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1842.
(2) *Traité prat. des malad. scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849.

§ I. — Définition, fréquence.

M. le docteur Jolly a défini les scrofules : Un état morbide général ou constitutionnel dans lequel les glandes et les vaisseaux lymphatiques, ainsi que les liquides qui les pénètrent, sont spécialement affectés. Quoique cette définition soit un peu vague, et peut-être à cause de cela même, elle me paraît devoir être adoptée, dans l'état actuel de la science. L'affection scrofuleuse est *très fréquente*. Dans tous les hospices des enfants qui ont passé l'âge de deux ans, on trouve une proportion considérable de sujets affectés de cette maladie. M. le docteur Milcent (1) nous a donné un très bon historique des maladies scrofuleuses, que le défaut d'espace m'empêche de résumer ici.

§ II. — Causes.

Parmi les *causes prédisposantes*, la plus évidente, sans contredit, est l'*âge*. On sait que c'est dans l'enfance, et principalement de deux à dix ans, que se développe principalement la maladie scrofuleuse. Le *sexe*, d'après les recherches de M. Lepelletier du Mans (2), a une action également très évidente, puisque, parmi les scrofuleux, les femmes sont dans la proportion de cinq à trois. Le *tempérament lymphatique* est aussi regardé par le plus grand nombre des auteurs comme une des causes prédisposantes les plus efficaces ; toutefois Guersant (3) n'admet pas l'existence de cette cause ; et, comme lui, M. Baudelocque (4) fait remarquer que, parmi les malades, il en est un bon nombre qui n'ont aucun des attributs du tempérament lymphatique. Il faudrait des recherches toutes spéciales pour résoudre cette question.

Les conditions hygiéniques ont été particulièrement étudiées. M. Baudelocque (p. 60 et suiv.) est entré à ce sujet dans des détails très importants. On a regardé une *nourriture insuffisante*, composée principalement de végétaux, de légumes secs, de fruits non mûrs, en un mot, une nourriture peu succulente, comme une des principales causes de l'affection. M. Baudelocque a cité un très grand nombre d'exemples pour prouver que rien n'était moins fondé que cette assertion, et un des arguments les plus forts qu'il ait adressés à cette manière de voir, c'est que les aliments les plus divers ont été tour à tour regardés comme produisant les scrofules. Il ne sera possible de savoir à quoi s'en tenir sur ce point que lorsqu'il aura été l'objet de recherches statistiques nombreuses et faites convenablement. Passant ensuite en revue les différentes *boissons* auxquelles on a attribué la production des scrofules, M. Baudelocque étudie l'action de l'eau provenant de la fonte des neiges, privée d'air, de mauvaise qualité ; les vins acidifiés, le cidre ; les boissons trop abondantes, et il arrive encore à la même conclusion, c'est-à-dire que rien n'est moins prouvé que leur influence. Les arguments qu'il apporte en faveur de sa manière de voir sont en effet très forts, et inspirent les plus grands doutes sur l'exactitude des auteurs qui ont admis l'existence de ces causes. Même résultat de l'examen des faits par lesquels on a cherché à prouver que certains médicaments et certains poisons, comme les purgatifs, le mercure, le plomb, donnaient lieu au développement des scrofules ; il en est de même de la malpropreté, que Kortum (5)

(1) *De la scrofule*. Paris, 1846.
(2) *Traité complet sur la malad. scrofuleuse*. Paris, 1830.
(3) *Dict. de méd.*, 1re édit., t. XIX.
(4) *Traité de la maladie scrofuleuse*. Paris, 1834.
(5) *Comment. de vitio scrofuloso*, 1792.

regarde comme une des causes les plus efficaces de la maladie dont il s'agit. C'est également par de simples assertions que les auteurs, comme Kortum, Marc-Aurèle Severin, Warthon et quelques autres, ont prétendu que les scrofules étaient dues à la rétention de certaines sécrétions et excrétions ; il faut en dire autant à propos de l'électricité, dont la diminution a paru à M. de Humboldt une cause des scrofules. On voit que jusqu'à présent nous ne connaissons pas de cause bien évidente de cette grave maladie.

Parmi les *influences atmosphériques*, le défaut de lumière, une température ordinairement basse, paraissent avoir une influence réelle sur la production de la maladie ; mais c'est une simple présomption qui n'est point fondée sur des faits assez positifs. Quant à l'humidité, M. Baudelocque élève contre cette cause des objections qui ne permettent pas de regarder son influence comme suffisamment démontrée. Pour cet auteur, l'*altération de l'air* est la cause principale des scrofules ; c'est dans les ateliers encombrés, c'est dans les rues étroites, dans les chambres où l'air ne peut pas être facilement renouvelé, ou qui sont trop étroites pour que celui qu'elles contiennent suffise à la respiration pendant la nuit, etc., que, d'après cet auteur, sont principalement produites les scrofules. Il rapporte un assez grand nombre de faits qui viennent à l'appui de cette opinion. Ainsi, c'est principalement dans les endroits où les maisons sont entassées, où les rues sont étroites et tortueuses, où les chambres, peu étendues, sont occupées par un trop grand nombre de personnes, qu'on trouve la plupart des scrofuleux. Ces faits sont de nature à faire regarder la proposition de M. Baudelocque comme fondée. Toutefois il faut reconnaître avec lui qu'un certain nombre des autres causes mentionnées peuvent favoriser l'action de ces dernières.

Restent maintenant deux autres causes, qui sont l'*hérédité* et la *contagion*. L'existence de la première n'est mise en doute par personne. On a cité l'exemple d'enfants scrofuleux au moment même de leur naissance, et l'existence héréditaire des scrofules dans certaines familles est un fait qui a été fréquemment observé. Toutefois, nous ne savons pas quel est le degré d'influence de cette cause, dont l'action a été très exagérée par M. Lugol (1). Quant à la contagion, c'est une opinion qui a été mise en avant, mais dont le peu de fondement est démontré chaque jour par le contact continuel d'enfants sains avec des enfants scrofuleux, et que l'existence de l'hérédité a peut-être seule fait admettre. On voit combien sont vagues, malgré les écrits extrêmement nombreux que nous possédons sur cette matière, nos renseignements sur les causes des scrofules. L'opinion de M. Baudelocque est, sans doute, la plus vraisemblable ; mais il ne serait pas inutile qu'elle fût soumise à des recherches plus rigoureuses.

On trouvera dans l'ouvrage de M. Milcent une description des signes qui sont regardés comme annonçant une prédisposition aux scrofules.

On a souvent débattu la question de savoir si la cause primitive des scrofules se trouve dans une *altération du sang*. M. Lebert (2), après avoir examiné les divers travaux sur ce point, et principalement ceux de Nicholson, est arrivé aux deux conclusions suivantes : « 1° L'existence des scrofules dans la masse du sang n'est point prouvée jusqu'à présent par l'observation directe ; 2° l'hypothèse que la der-

(1) *Rech. et obs. sur les causes des maladies scrofuleuses*. Paris, 1844.
(2) *Traité pratique des mal. scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849, p. 40.

nière cause des scrofules réside dans une altération particulière du sang a pour elle des raisons de probabilité. »

Le même auteur a démontré *la non-existence d'une matière scrofuleuse particulière.*

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été divisés en locaux et en généraux. Les premiers sont très variables par leur siége ; ils peuvent occuper presque toutes les parties du corps. Ce sont ceux, en général, qui donnent l'éveil sur l'existence de la maladie, quoique peut-être une observation très attentive eût pu faire déjà apercevoir chez les jeunes sujets un état de *faiblesse* et de *langueur*, indice d'une affection générale.

M. Milcent a distingué : 1° une *forme bénigne;* 2° une *forme maligne ou grave;* 3° une *forme fixe primitive;* 4° des *affections symptomatiques* de la scrofule. Cette division, qui a été bien motivé par l'auteur, ne peut être suivie dans un résumé général comme celui-ci. Le lecteur saura facilement ranger dans ces divers ordres les symptômes qui vont être décrits.

Les premiers *symptômes locaux* se montrent dans les *ganglions*, et en particulier dans les ganglions du cou. On y observe d'abord de *petites tumeurs* mobiles, ovalaires, indolentes, séparées les unes des autres ; plus tard, ces tumeurs prennent de l'accroissement, se réunissent, forment une seule masse bosselée, dure ; plus tard encore, soit par les seuls progrès de la maladie, soit par une cause particulière, comme une inflammation voisine, ces tumeurs présentent les phénomènes suivants : chaleur, rougeur obscure, fluctuation, amincissement de la peau, enfin rupture de la peau amincie et écoulement au dehors d'un pus mal lié, contenant des *grumeaux de consistance caséeuse.* La suppuration, une fois établie, persiste ordinairement longtemps. L'*ulcère* est profond, sa surface est irrégulière. Ses bords sont très souvent décollés, et lorsque, après un temps toujours assez long, ils finissent par se rapprocher, ils laissent une cicatrice irrégulière, qui présente des saillies et des enfoncements, et qui a quelque chose de caractéristique. Ces altérations se montrent non seulement au cou, mais, lorsque la maladie est intense, dans les autres points du corps où les ganglions sont accumulés, comme les aisselles, les aines et même les jarrets.

M. le docteur Frazer (1) a observé un cas dans lequel des ulcérations scrofuleuses, après avoir labouré le cou, ont fini par *perforer la trachée* et la faire communiquer avec l'air extérieur.

Très souvent on trouve sur le reste de la surface du corps des *ulcérations* dont le principe a été des espèces de tubercules sous-cutanés, et qui donnent lieu à une suppuration à peu près semblable à celle des ganglions ramollis. L'aspect particulier de ces diverses suppurations est dû à la *matière tuberculeuse* primitivement contenue dans les tumeurs, et qui, en se ramollissant, a produit les phénomènes qui viennent d'être décrits. En même temps le *système osseux* offre des altérations plus ou moins profondes : ainsi, le gonflement du périoste ou du tissu osseux lui-même, la nécrose, la carie, d'où résultent des plaies qui sont entièrement du domaine de la chirurgie (2). Les tissus blancs, les tendons, les cartilages participent

(1) *Month. Journ.*, janvier 1848.

(2) Voy. Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe.* 3° édit., Paris, 1851, t. II.

aussi à ces altérations, lorsque la maladie est portée au plus haut degré. De là les diverses maladies scrofuleuses chirurgicales (*tumeurs blanches*, *carie*, etc.). Enfin les *ganglions mésentériques* deviennent tuberculeux, et alors la lésion particulière qui constitue le caractère anatomique de la maladie, se remarque dans toute l'étendue du corps. Il résulte des recherches des médecins qui se sont occupés spécialement des maladies des enfants, que, presque toujours, dans la maladie scrofuleuse, *les tubercules envahissent les poumons*, et que, dans les cas où ces organes en sont exempts, on en trouve du moins dans les ganglions bronchiques.

Il suffit de mentionner l'*ophthalmie scrofuleuse* connue de tous les médecins.

Dans les premiers temps, les *symptômes généraux* sont peu frappants; un air de langueur, une légère pâleur de la face, une faiblesse plus ou moins considérable, sont les seuls que l'on observe; plus tard, l'*amaigrissement*, l'aspect terreux de la peau, symptômes de catarrhe bronchique, ou, plus souvent encore, de phthisie; la diarrhée chronique; l'épuisement qui succède aux suppurations prolongées; enfin tous les symptômes de la *fièvre hectique*, précèdent la mort pendant un temps plus ou moins long.

Il y aurait, sans doute, un plus grand nombre de détails à présenter sur la maladie scrofuleuse; mais ne pouvant être fondés sur des recherches très rigoureuses, ils n'auraient qu'un intérêt médiocre, et, en outre, la plupart appartiennent spécialement à la chirurgie : ainsi la carie des divers os, la tuberculisation du corps des vertèbres, les divers abcès, etc. Quant au *rachitisme*, sa description sera présentée quand il s'agira des maladies du système locomoteur.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique. Cependant il est diverses circonstances qui en précipitent plus ou moins le cours : ainsi les inflammations locales plus ou moins répétées dans des points d'où des vaisseaux lymphatiques se rendent en grand nombre aux ganglions : les maux de gorge, par exemple, donnent une impulsion très prononcée au développement tuberculeux des ganglions correspondants; une maladie fébrile, comme la rougeole, la scarlatine, peut hâter l'évolution des diverses lésions locales; mais en générale l'affection scrofuleuse se développe lentement et graduellement, et sa *durée* est de plusieurs années.

Quant à la *terminaison*, elle est assez fréquemment funeste, lorsqu'on a laissé la maladie faire de trop grands progrès. On a remarqué qu'à l'époque de la puberté il se produisait fort souvent une espèce de révolution dans l'économie, qui mettait fin d'une manière plus ou moins complète aux désordres occasionnés par les scrofules. Alors se cicatrisent les ulcères, et l'on voit des sujets parvenir à un âge avancé avec des cicatrices caractéristiques qui résultent des tumeurs ulcérées qu'ils ont présentées dans leur enfance. Ordinairement, même après la guérison apparente des scrofules, il reste dans l'organisme un principe morbide qui se manifeste de loin en loin, soit par le gonflement des ganglions sous l'influence de causes variables, soit par des abcès, etc., et, suivant M. Lugol, ce germe se transmet infailliblement aux enfants sous des formes diverses, ce qui est évidemment une exagération. C'est encore une question qui n'est pas parfaitement résolue, de savoir si les sujets qui ont, dans le temps, présenté des symptômes de la maladie scrofuleuse, sont plus sujets que les autres à la phthisie pulmonaire.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est inutile d'entrer dans de grands détails sur les *lésions anatomiques* que laisse après elle la maladie scrofuleuse. Des foyers plus ou moins profonds creusés sous la peau et contenant la matière caséeuse dont il a été parlé plus haut; les lésions des os; les ulcères, etc., ne demandent pas une description particulière dans un traité de la nature de celui-ci; il suffit de les mentionner.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* des scrofules ne présente pas ordinairement de grandes difficultés; cependant l'*engorgement chronique des ganglions*, et divers symptômes de *syphilis constitutionnelle*, pourraient, dans quelques cas, induire en erreur. On distinguera le simple engorgement inflammatoire des ganglions, de l'engorgement scrofuleux, aux caractères suivants : dans cette affection, les ganglions sont ordinairement douloureux dès le début; on trouve aux environs soit une inflammation, soit une maladie de la peau qui a donné lieu à leur gonflement et qui disparaît dès qu'on s'est rendu maître de ces affections; enfin la constitution ne paraît nullement altérée. Quant aux *accidents syphilitiques*, ce n'est point sur les ganglions qu'ils portent leur action lorsqu'ils sont véritablement consécutifs, à moins toutefois qu'une ulcération secondaire ne soit la cause de l'inflammation ganglionnaire ; mais alors l'existence même de l'ulcération caractéristique lève tous les doutes. Dans le plus grand nombre des cas, c'est sur la peau et sur les os que le virus syphilitique agit. Il faut signaler une exception relative aux *ganglions cervicaux*. Mais il suffit de remarquer que dans la syphilis constitutionnelle ce sont les ganglions situés derrière le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien qui s'engorgent, tandis que dans les scrofules ce sont principalement les ganglions sous-maxillaires. Les premiers d'ailleurs sont petits, isolés, en chapelet, et les seconds se réunissent en masse bosselée. J'exposerai dans l'article consacré aux *syphilides* les caractères particuliers de ces affections. Relativement aux *lésions des os*, les douleurs ostéocopes nocturnes, qui accompagnent celles qui sont dues à la syphilis, sont le meilleur caractère distinctif; enfin la connaissance des antécédents vient, dans le plus grand nombre des cas, éclairer le diagnostic.

Je me bornerai à ces détails sur le diagnostic différentiel, parce qu'il n'est point d'autre affection que l'on puisse craindre sérieusement de confondre avec les scrofules.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs des scrofules et de l'engorgement chronique des ganglions.*

SCROFULES.	ENGORGEMENT CHRONIQUE DES GANGLIONS.
Tumeur ganglionnaire apparaissant souvent sans cause déterminante appréciable.	*Tumeur* se développant sous l'influence d'une irritation voisine (inflammation) des muqueuses, maladie de la peau.
Indolente au début.	*Douloureuse* au début.
Ne disparaissant pas avec les inflammations voisines.	*Disparaissant* en même temps que les inflammations voisines, ou peu après.
Constitution altérée dès que la maladie a fait quelques progrès.	*Constitution* non altérée.

2° *Signes distinctifs des lésions des os dans les scrofules et dans la syphilis constitutionnelle.*

LÉSION DES OS DANS LES SCROFULES.	LÉSION DES OS DANS LA SYPHILIS.
Peu douloureuse au début.	*Douleurs ostéocopes* nocturnes.
Antécédents : pas de maladie syphilitique.	*Antécédents* : symptômes syphilitiques primitifs.

La maladie syphilitique étant très fréquente, beaucoup d'individus réellement scrofuleux auront nécessairement éprouvé antérieurement des symptômes vénériens. Ce n'est donc que par une étude très attentive des faits que les renseignements pourront être appréciés à leur juste valeur.

On s'est demandé si les *tubercules* et les *scrofules* sont une seule et même maladie; ou, au contraire, s'ils constituent deux maladies différentes qu'il faut distinguer l'une de l'autre. Bien des médecins ont pensé qu'il n'y avait pas de distinction à faire, et sur ce point se sont élevés de longs débats. MM. Milcent et Lebert, dont les travaux sont, ainsi que je l'ai dit plus haut, les plus importants sur ce sujet, n'hésitent pas, d'après leurs recherches attentives, à voir, dans la phthisie et les scrofules, des maladies distinctes, qui ont un même élément anatomo-pathologique : le tubercule. L'opinion émise par ces deux auteurs me paraît avoir décidé la question.

Le *pronostic* des scrofules dépend évidemment presque toujours des progrès qu'a faits la maladie ; mais s'il n'existe encore qu'un petit nombre de symptômes locaux, un peu de gonflement des ganglions du cou, ou même si, la suppuration s'étant emparée de ces ganglions, toute la maladie paraît encore concentrée dans cette région, on doit espérer de rendre le malade à la santé. Cependant il n'est encore que trop de cas où la cause générale ne peut être détruite, et où l'affection marche d'une manière certaine, quoique lente, à une terminaison fatale. Lorsque les os sont altérés, et que les symptômes locaux sont très multipliés, la maladie est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Alors, en effet, non seulement la cause générale résiste puissamment au traitement le mieux dirigé, mais encore les symptômes locaux viennent, par les désordres qu'ils occasionnent, ajouter à la gravité de la maladie.

§ VII. — Traitement.

Le traitement est le point qui a le plus occupé les médecins, et les expériences à ce sujet ont été si nombreuses, que nous possédons une multitude de médicaments pour combattre cette affection rebelle. Malheureusement nous allons voir que, dans ce grand nombre, il en est bien peu qui se recommandent par une efficacité réelle. L'affection se montrant primitivement avec des caractères de débilité générale, c'est d'abord aux amers, aux toniques, aux ferrugineux qu'on a eu recours. Le *vin*, le *sirop antiscorbutique* ; l'extrait, la décoction de *quinquina*, ont été presque généralement prescrits. Chaque médecin a adopté des formules particulières, et associé entre elles des substances très variées ; je vais indiquer quelques unes de ces formules.

Amers, toniques. Je viens de dire que le vin antiscorbutique et le sirop avaient été souvent administrés. Je renvoie, à ce sujet, à la description du scorbut. M. Le Pelletier (de la Sarthe) prescrit un vin amer dont la composition est la suivante :

℞ Vin blanc................ 1 litre.	Racine de gentiane........ 30 gram.

Faites-y infuser :

Racine de raifort sauvage.... 8 gram.	Cannelle....... .... 2 gram.
Écorce d'orange............ 4 gram.	Carbonate de potasse........ 4 gram.

Renfermez le tout dans une bouteille bien bouchée, et exposez-la pendant trois jours à l'action des rayons solaires; après ce temps, passez et conservez pour l'usage.

A prendre un quart de verre tous les matins pour les adultes, deux cuillerées seulement pour les enfants; si l'excitation produite est trop forte, affaiblir la liqueur avec deux tiers d'eau sucrée.

Quelques médecins prescrivent simplement une forte décoction de *houblon*, et d'autres accumulent, au contraire, un très grand nombre de substances excitantes et toniques. Je ne crois pas devoir présenter ces formules, qu'il est très facile de trouver.

M. Négrier (1) a cité un assez grand nombre de faits qui prouvent l'utilité des *feuilles de noyer* dans cette maladie. Voici comment on administre ce médicament ; je laisse parler l'auteur :

TRAITEMENT DES SCROFULES PAR LES PRÉPARATIONS DES FEUILLES DE NOYER (NÉGRIER).

« Les *infusions* de feuilles de noyer sont faites en jetant une forte pincée de ces feuilles coupées dans 250 grammes d'eau bouillante ; on édulcore avec du sucre ou avec le sirop dont je vais indiquer ci-après la préparation. J'ai toujours fait prendre de *deux à trois tasses* de cette infusion par jour ; on peut en donner *cinq.*

» La *décoction* de feuilles de noyer, qui agit si avantageusement en *lotions* et comme *topique*, dont on imbibe les plumasseaux pour panser les ulcères scrofuleux, doit être plus chargée que l'infusion. J'emploie une petite poignée de feuilles pour un kilogramme d'eau, et la coction est prolongée dix à quinze minutes ; elle est également fort utile en *bains locaux* et même généraux ; son efficacité est surtout remarquable en *injections* dans les trajets fistuleux.

» L'*extrait* est préparé avec les feuilles de noyer par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons, tandis qu'en se servant des feuilles fraîches il faut en préparer une trop grande quantité, et l'on s'expose à la voir s'altérer.

» On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait en en mêlant 40 centigrammes à 30 grammes de sirop simple.

» On sait ainsi quelles sont les doses du médicament qu'on administre. On peut aussi préparer le sirop avec les feuilles vertes ; il est alors plus aromatique que celui qui est composé avec l'extrait, mais on ne peut pas apprécier aussi exactement la quantité du médicament que prend journellement le malade.

» *Aux jeunes enfants*, je donne *deux ou trois cuillerées à café de sirop* dans les vingt-quatre heures ; pour *les adultes*, je n'ai jamais dépassé 64 *grammes. La dose ordinaire pour ces derniers* est de 30 à 40 grammes.

(1) *Sur le trait. des affect. scroful. par les prép. de feuilles de noyer* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. X, p. 399, t. XI, p. 41).

» Les *pilules d'extrait de feuilles de noyer* sont chacune de 20 centigrammes d'extrait rendu solide par une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

» J'en fais prendre *deux* par *jour ;* je n'ai jamais *dépassé* le nombre de *quatre.*

» Enfin, dans quelques cas où il peut être utile de faire faire des *frictions* sur la région malade, j'emploie la *pommade* suivante :

℞ Extrait mou de feuilles de noyer................	30 gram.	Axonge...................	40 gram.
		Huile essentielle de bergamote.	0,15 gram.

» Les frictions doivent être faites doucement, et pendant *un quart d'heure* environ, *deux fois par jour.* »

Dans un autre mémoire publié plus récemment (1), l'auteur donne une série d'observations recueillies tant par lui-même que par plusieurs médecins étrangers, et dans lesquelles il constate l'efficacité de ce traitement.

« Aux préparations déjà connues, j'ai ajouté, dit-il, un *vin* dit *de noyer.* On le prépare en faisant macérer de 50 à 60 grammes de feuilles fraîches, ou 10 à 12 noix recouvertes de leur drupe, coupées en fragments, dans un litre de vin de Malaga ou de Lunel : en hiver on prépare ce vin avec 15 à 20 grammes d'extrait par litre. Il se donne par cuillerées, matin et soir après les repas. »

Les *ferrugineux* ont été dès longtemps vantés. Baglivi les a recommandés comme très efficaces ; il associait la préparation ferrugineuses avec la rhubarbe. On peut adopter la formule suivante proposée par Richter (2).

℞ Fer pulvérisé............	8 gram.	Racine de rhubarbe et de cannelle pulvérisée........	ãã 1,25 gram.
Racine de gentiane en poudre.	2,50 gram.	Extrait d'absinthe.........	Q. s.

Faites des pilules de 1 décigramme, dont on prendra de trois à quatre, deux ou trois fois par jour.

Il est facile de multiplier les préparations de ce genre.

Les médicaments que je viens d'indiquer ont paru sans doute, dans un assez grand nombre de cas, avoir un effet avantageux ; mais comme on n'a pas tenu compte des diverses circonstances, des modifications qu'on a fait éprouver dans le régime, de l'évolution de la puberté, etc., il est impossible de se faire une idée satisfaisante de l'efficacité réelle de ces médicaments. Aussi a-t-on toujours cherché d'autres moyens qui agissent directement contre les scrofules, et a-t-on souvent annoncé la découverte de divers spécifiques.

Préparations iodurées. Aucun médicament n'a eu, dans ces derniers temps, une plus grande vogue que l'iode et ses diverses préparations. C'est principalement à M. Lugol (3) que l'on doit la propagation de ce médicament, qui avant lui n'avait été employé que dans des cas particuliers. Ce médecin l'administre en boisson, sous forme de bains, en injection dans les trajets fistuleux ; enfin sous les formes les plus diverses. Voici les différentes solutions qu'il prescrit habituellement à ses malades. Elles sont désignées par des numéros d'ordre qui annoncent leur degré de force.

(1) *Arch. gén. de méd.*, avril 1850.
(2) *Die Specielle therap.*
(3) *Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les scrofules.* Paris, 1829-30-31, in-8.

	N° 1.	N° 2.	N° 3.
℞ Iode	0,10	0,15	0,20 gram.
Iodure de potassium	0,20	0,30	0,40 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	500	500	500 gram.

Ces préparations sont employées uniquement dans le *traitement externe*; on les administre en *lotions*, en *collyres* dans les ophthalmies, en *injections* dans les trajets fistuleux, etc. Dans le cas où cette solution ne serait pas assez forte, on la remplace par la suivante :

℞ Iode .... 30 gram. | Iodure de potassium .... 30 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée .... 500 gram.

Enfin, on peut la rendre beaucoup plus concentrée; mais alors, il faut se borner à l'appliquer avec un pinceau sur les surfaces ulcérées.

Le même auteur a indiqué les doses graduées propres à servir pour les *bains* des enfants et de adultes. En voici les formules :

Pour les enfants :

	N° 1.	N° 2.	N° 3.	N° 4.
℞ Iode	2 gr. 50	3 gr.	3 gr. 75	5 gr.
Iodure de potassium	5 gr.	7 gr.	8 gr. 50	10 gr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	180 gr.	180 gr.	180 gr.	180 gr.

Pour les adultes :

℞ Iode	8 gr.	10 gr.	12 gr.	16 gr.
Iodure de potassium	16 gr.	20 gr.	24 gr.	32 gr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	180 gr.	180 gr.	180 gr.	180 gr.

Pour administrer ces bains, il suffit de verser cette solution dans l'eau de la baignoire.

A l'intérieur, M. Lugol administre la préparation suivante :

℞ Iode .... 0,25 gram. | Eau distillée .... 45 gram.
Hydriodate de potasse .... 0,50 gram. |

On prescrira six gouttes de cette liqueur dans un demi-verre d'eau sucrée, deux fois par jour, le matin et une heure avant le dîner.

L'iode a encore été donné sous diverses autres formes qu'il serait trop long d'énumérer ici. J'indiquerai plus loin quelques unes des préparations le plus souvent employées.

Avant qu'on eût recours à l'iode même, on employait l'*éponge brûlée* qui lui emprunte son efficacité, et dont les bons effets, dans quelques cas, ayant engagé à rechercher à quel principe le médicament devait sa vertu, ont fait découvrir ces propriétés thérapeutiques de l'iode. Rust associe l'éponge brûlée à d'autres substances, comme on peut le voir par la formule suivante :

℞ Éponge brûlée......... 16 gram.	Oléosaccharum de fenouil.... 8 gram.
Feuilles de digitale de 0,20 à 0,40 gram.	

Mêlez. Pulvérisez ; divisez en douze paquets. Dose : de deux à trois par jour.

On a cité un bien grand nombre de faits en faveur des préparations d'iode. M. Lugol les regarde comme souveraines, et M. Baudelocque leur a reconnu de grands avantages. On ne peut point douter qu'elles ne soient utiles, et peu de praticiens se dispenseront de les mettre en usage. Toutefois leur degré d'efficacité n'est pas encore parfaitement établi.

M. le docteur Rochard (1) a vanté contre les scrofules l'*iodhydrargyrite de chlorure mercureux*. Il l'emploie sous forme de frictions ainsi qu'il suit :

℞ Iodhydrargyrite de chlorure mercureux .... 1 gram.	Axonge.................. 20 gram.

Mêlez.

Faites, avec gros comme un pois de cette pommade, des frictions légères, soit sur les parties malades, soit aux aisselles, sur les cuisses, sur le dos, la poitrine, etc.

Ce médicament a, sur les tissus, un effet irritant très prononcé. Il ne faut l'employer qu'avec ménagement.

Avant de donner notre opinion sur cette médication, il faut nécessairement attendre que de nouveaux faits soient venus nous éclairer.

Préparations mercurielles. Ces préparations doivent nécessairement attirer l'attention des médecins, non seulement parce que le mercure est regardé comme un des meilleurs fondants des engorgements chroniques, mais encore parce que plusieurs auteurs ont pensé que chez les scrofuleux il existe un vice syphilitique héréditaire. Warthon, Lalouette, Pitschaft et plusieurs autres les ont fortement recommandées. Ce dernier administre à l'intérieur le *cinabre factice* (sulfure) uni au *précipité rouge* (oxyde rouge) *de mercure*, d'après les formules suivantes :

1° *Chez les enfants d'un à deux ans.*

℞ Cinabre factice.......... 1,20 gram.	Précipité rouge......... 0,05 gram.
Feuilles de ciguë........ 0,10 gram.	Sucre blanc............ 15 gram.

Mêlez. Divisez en vingt-quatre paquets égaux. Dose : un le matin et un le soir.

2° *Chez les enfants de cinq à six anse.*

℞ Cinabre factice.......... 1,60 gram.	Précipité rouge......... 0,05 gram.
Feuilles de ciguë........ 0,25 gram.	Sucre blanc............ 20 gram.

Mêlez. Divisez en vingt paquets. Dose : un le matin et un le soir.

Chez les sujets plus âgés, la dose de la ciguë doit être portée 0,50 grammes, et celle du cinabre à 2 grammes ; on divise la poudre également en vingt paquets dont on donne un le matin et un le soir.

M. Gibert (2) a vivement recommandé le deuto-iodure de mercure, qu'il administre comme il suit :

(1) *Union méd.*, janvier 1847.
(2) *Bull. de thér.*, juin 1844.

Sirop de deuto-iodure de mercure.

℞ Bi-iodure de mercure.......	1 gram.	Eau....................	50 gram.
Iodure de potassium.......	5 gram.		

Dissolvez. Filtrez au papier.

Ajoutez : Sirop de sucre blanc, marquant 30 degrés à froid... 2400 gram.

Dose : une cuillerée à soupe par jour ; quelquefois deux.

Pilules,

℞ Bi-iodure de mercure.....	0,10 gram.	Gomme arabique pulvérisée.	0,50 gram.
Iodure de potassium......	5 gram.	Miel....................	Q. s.

Pour vingt pilules : de deux à quatre par jour.

Le *proto-iodure de mercure* en pilules, à la dose *de 1 centigramme chez les enfants* et *de 3 centigrammes chez les adultes*, doses que l'on peut augmenter en agissant avec précaution, est peut-être, de toutes les préparations mercurielles, la plus employée aujourd'hui contre les engorgements scrofuleux et contre le principe scrofuleux lui-même.

A l'extérieur, c'est principalement sous forme de pommade qu'on administre les mercuriaux. L'onguent mercuriel, la *pommade de Cyrillo*, dont je donnerai la formule à l'occasion des maladies syphilitiques, la *pommade de proto-iodure de mercure* sont ceux qu'on emploie le plus fréquemment. Dans plusieurs cas, j'ai vu des engorgements de nature scrofuleuse céder facilement sous l'influence de la pommade suivante :

℞ Onguent napolitain......	30 gram.	Iode..................	0,50 gram.

Mêlez exactement; pour frictions, deux ou trois fois par jour.

Cette pommade agit-elle tout simplement comme la pommade au proto-iodure, ou bien se passe-t-il dans cette préparation quelque chose de particulier, comme dans celle des pilules de Blaud, et est-elle plus efficace ? C'est ce qu'il ne sera possible de dire qu'après des expériences multipliées.

Préparations d'or. Les mêmes motifs qui ont engagé les médecins à avoir recours aux mercuriaux leur ont fait mettre en usage les préparations d'or. On sait que c'est principalement Chrestien de Montpellier qui a préconisé ces médicaments dans le traitement de la syphilis; après lui plusieurs modernes, et entre autres les docteurs Gozzi (1), Niel (2) et Legrand (3), ont signalé les préparations auriques comme les meilleurs remèdes à opposer tant à la maladie syphilitique qu'à la maladie scrofuleuse. Il est très difficile de se faire une opinion exacte sur leur efficacité réelle. Les médecins que je viens de citer les regardent non seulement comme très efficaces, mais encore comme d'un emploi très peu dangereux lorsqu'elles sont administrées avec prudence; d'autres, au contraire, leur attribuent un très grand danger, et mettent en doute leur efficacité contre la maladie. Il serait nécessaire, pour se prononcer définitivement, d'avoir un plus grand nombre de faits, et surtout

(1) *Sop. l'us. di alc. remed, aurif.* Bolog., 1817.
(2) *Rech. et observ. sur les effets des prép. d'or.* Paris, 1821.
(3) *De l'emploi de l'or dans le trait. des scrofules.* Paris, 1837, in-8. — *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.* Paris, 1849, in-8.

des faits plus concluants que n'en ont cité les auteurs. Malheureusement, on n'a fait sur ce sujet aucun travail propre à entraîner la conviction : les observations rapportées par M. Legrand sont, il est vrai, de nature à faire accorder une certaine valeur aux préparations auriques, mais non à leur faire accorder la préférence sur d'autres médicaments et sur l'iode en particulier. Chrestien employait principalement les *frictions sur les gencives*. MM. Gozzi et Legrand pensent qu'il vaut mieux faire avaler le médicament ; et comme ce sont eux qui l'ont particulièrement préconisé dans les scrofules, c'est de cette manière qu'on devra l'administrer. La formule suivante peut être prescrite :

℞ Oxyde d'or...........	0,30 gram.	Extrait d'écorce de mézéréum.	8 gram.

Mêlez exactement, et faites soixante pilules, dont on donnera de une à deux aux enfants très jeunes, et de une à cinq aux plus âgés.

On peut faire des *pastilles* plus agréables pour les enfants, et composées avec le chlorure d'or, d'après la formule suivante :

℞ Chlorure d'or et de sodium.	0,25 gram.	Mucilage de gomme adragante.	Q. s.
Sucre.................	32 gram.		

Faites soixante pastilles, à prendre de une à deux par jour.

Ou bien encore des pastilles de chocolat avec le cyanure d'or, dont voici la formule :

℞ Cyanure d'or.........	0,10 gram.	Pâte de chocolat..........	32 gram.

Faites trente pastilles, dont on prendra de une à quatre par jour.

Des *pommades* sont aussi prescrites pour les frictions sur les engorgements scrofuleux et pour le pansement des ulcères.

℞ Oxyde d'or...........	0,75 gram.	Axonge.................	30 gram.

Mêlez très exactement, pour une friction matin et soir.

Les assertions des auteurs sur les dangers des préparations auriques étant entièrement contradictoires, il est important de n'employer ces médicaments qu'avec une grande prudence.

Chlorure d'argent. M. le docteur Sicard a communiqué à la société de médecine de Marseille (1) plusieurs observations tendant à prouver l'efficacité du chlorure d'argent dans le traitement des scrofules. Cette substance produit presque toujours des selles abondantes ; c'est ce qui fait penser à l'auteur qu'elle agit en produisant sur les intestins une dérivation énergique. Voici comment le traitement est dirigé : M. Sicard prescrit le chlorure d'argent à l'intérieur, d'après la formule suivante :

Chlorure d'argent........	0,05 gram.	Pâte de chocolat..........	Q. s.

Pour douze pastilles. A prendre une chaque matin, une demi-heure au moins avant le repas ; puis il élève la dose du chlorure à 5 centigrammes pour dix pastilles.

En même temps, il prescrit des frictions sur les tumeurs scrofuleuses avec la pommade suivante :

Chlorure d'argent........	0,50 gram.	Axonge.................	30 gram.

(1) Voy. *Clinique de Marseille*, novembre 1844.

Quelle est la valeur réelle de cette médication? C'est ce qu'une expérimentation plus étendue pourra seule nous apprendre.

Chlorure de baryum. Ce médicament a été administré par un grand nombre d'auteurs; mais encore ici nous ne trouvons guère que des assertions accompagnées de quelques faits qui ne sont pas de nature à entraîner la conviction. Dans ces derniers temps, M. le docteur Payan a spécialement employé cette substance dans des affections scrofuleuses très avancées; dans celles, par exemple, où il existait des caries, des nécroses et des ophthalmies intenses; mais il établit dans les différents cas une distinction qui mérite d'être connue. Suivant lui, chez certains scrofuleux il existe un état d'excitation très marqué, et l'on ne trouve pas les attributs du tempérament lymphatique; c'est chez ceux-là que le chlorure de barium a des effets avantageux; chez les autres, il est nuisible. J'indique cette théorie de M. Payan afin qu'elle soit examinée par d'autres praticiens. Voici, en attendant, comment ce médecin administre le chlorure de barium :

℞ Chlorure de barium.... 0,05 gram.	Eau distillée............ 100 gram.

À prendre par cuillerées, de deux heures en deux heures. Tous les deux ou trois jours, augmenter la dose de 5 centigrammes, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à prendre 35 centigrammes de chlorure de baryum par jour.

Les autres auteurs n'ont point admis la distinction de M. Payan, et ils administrent le médicament indifféremment à tous les malades. Lauth est un de ceux qui lui ont attribué la plus grande efficacité. Voici comment il le prescrit pour un enfant de deux ans :

℞ Eau................. 90 gram.	Teinture stomachique de Whytt. 30 gram.
Muriate de baryte. .... 0,60 gram.	

À prendre à la dose d'une cuillerée à soupe chaque jour.

Pour un enfant de quatre ans, élevez la dose de l'hydrochlorate de baryte à 1 gramme 20 centigrammes. *Pour un enfant de six ans*, à 2 grammes, et *pour un adulte*, à 4 grammes.

M. Baudelocque dit avoir employé ce médicament avec succès; mais comme c'est un fait qui ne ressort pas évidemment du plus grand nombre des observations, je ne multiplierai pas les formules, et je me contenterai de dire qu'on a prescrit aussi le chlorure de baryum *sous forme de grands bains.*

Sous-carbonate de potasse et de soude. C'est encore là un médicament qui a été préconisé par un assez grand nombre de médecins, sans que nous puissions nous prononcer avec plus de certitude sur sa valeur. Parmi les préparations, on a indiqué la potion suivante sous le titre d'*antiscrofuleuse.* Je me contenterai de la présenter ici :

℞ Sous-carbonate de soude....................... 4 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau de camomille.......................... 90 gram.

Ajoutez :

Sirop de gentiane........... 4 gram.	Teinture de quinquina...... 4 gram.

À prendre par cuillerées dans la journée.

Moyens divers. Il est encore un grand nombre de médicaments que je pourrais

citer, mais ce serait augmenter inutilement cette liste déjà trop longue. Je passerai donc sous silence la *ciguë*, la *digitale*, le *charbon animal*, le *brôme*, le *calamus aromaticus*, la *douce-amère*, etc., pour arriver à deux substances qui ont joui d'une assez grande réputation, je veux parler du *chlorure de chaux* et de l'*huile de foie de morue*. Le chlorure de chaux, qui a été principalement prescrit en Allemagne et en Angleterre, est donné à la dose suivante :

♃ Chlorure de chaux........	2 gram.	Eau distillée.............	90 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Quant à l'*huile de foie de morue*, elle a été très vantée dans ces derniers temps ; mais tandis qu'en Allemagne on lui accorde une très grande efficacité, en France les expériences auxquelles on l'a soumise n'ont été nullement satisfaisantes ; et cependant on l'a essayée dans un bon nombre de cas, soit à l'hôpital des Enfants, soit dans d'autres hôpitaux. On peut donner l'huile de foie de morue pure dans des capsules gélatineuses, comme on le fait pour le copahu. Ce mode d'administration a l'avantage d'éviter le dégoût extrême qu'elle occasionne à la plupart des malades. Le docteur Boech la prescrit sous forme de *mixture*. Voici sa formule :

♃ Huile de foie de morue..	ãã 30 gram.	Eau distillée d'anis........	30 gram.
Sirop d'écorce d'orange..		Essence d'acore vraie......	3 gouttes.

Dose : une cuillerée deux ou trois fois par jour.

M. Lebert rapporte qu'il a obtenu de très bons effets de l'huile de foie de morue, principalement dans l'*arthrite scrofuleuse*, et les autres *maladies du système osseux*. Il n'a pas observé des effets semblables dans l'ophthalmie scrofuleuse, bien que d'autres auteurs, et en particulier M. Lombard (1), lui aient attribué une grande efficacité en pareil cas.

Suivant le même auteur, les *bains sulfureux* conviennent dans les affections cutanées ; et l'*hydrothérapie*, conseillée par M. Bonnet (de Lyon), a des avantages réels (2). On prescrit aussi les *bains de mer*.

Il ne faut pas oublier les *eaux sulfureuses* prises à la source, et principalement les eaux de Baréges, qui ont procuré de nombreuses guérisons.

Le *grateron* (*galium aparine*), déjà conseillé par Girolamo Gaspari et Cyrillo, contre les scrofules, a été vanté récemment par le docteur Ferramosca (3).

Je pourrais citer encore le *sirop antiscorbutique*, le *gaïac*, la *ciguë*, etc., etc.

On voit par ce qui précède que la thérapeutique des scrofules contient un bien grand nombre de médicaments, et que, comme cela arrive toujours en pareil cas, l'efficacité de presque tous ces médicaments est extrêmement contestable. Dans l'état actuel de la science, on peut dire que ce sont encore les préparations d'iode, les préparations de feuilles de noyer et les eaux sulfureuses prises à la source, qui paraissent avoir la plus grande valeur ; ce sont aussi celles dont on doit recommander principalement l'emploi.

La médication qui vient d'être exposée est composée presque entièrement de remèdes administrés comme spécifiques. Mais il est d'autres moyens qui, quoique n'agissant que dans le but de fortifier la constitution, ne sont peut-être pas les

(1) *Séances de la Soc. helvétique des sc. nat.*, août 1845.
(2) *Traité de thérapeutique des malad. articulaires*. Paris, 1853.
(3) *Il filiatre sebezio*, 1844.

moins utiles. Ces moyens consistent d'abord dans un *régime* fortifiant, dans une nourriture abondante, composée principalement de viandes rôties ; dans l'usage d'une quantité modérée de bon vin ; dans l'*habitation* d'un lieu aéré, dans une chambre vaste, facilement ventilée ; dans un *exercice* journalier en plein air ; en un mot, dans tout ce qui peut contribuer à rendre la constitution robuste. Les *bains froids*, recommandés par Cullen, Leid, Bordeu, etc., peuvent être utiles, en agissant dans le même sens ; il en est de même des *bains d'eau salée*, et principalement des *bains de mer*, qui sont si souvent prescrits en pareil cas. M. Baudelocque insiste principalement sur ces moyens, qui seuls peuvent modifier suffisamment la constitution, et sans lesquels l'action de tous les remèdes prétendus spécifiques resterait presque toujours inutile. Voici, d'après les recherches de cet auteur, comment on devra diriger le traitement :

TRAITEMENT DE M. BAUDELOCQUE.

1° Placer les malades dans des conditions atmosphériques convenables, c'est-à-dire dans un lieu bien éclairé, largement aéré, où il n'existe ni humidité ni aucune cause de viciation de l'air.

2° Administrer la solution suivante :

℞ Eau	90 gram.	Iodure de potassium	0,04 gram.
Iode	0,25 gram.		

A prendre dans la journée.

Telles sont les proportions de la solution. La dose précédente est donnée au début du traitement, puis on augmente la quantité de la solution, en la portant successivement à 120, 150, 180, 240, 300 et 360 grammes. Il est inutile d'en donner une plus grande quantité.

3° En même temps administrer des pilules de sous-carbonate de fer, à la dose de 30 centigrammes, matin et soir ; s'il survient des engorgements, des ulcères, des fistules, etc., faire des frictions et des injections avec les solutions indiquées plus haut (voy. p. 202).

4° Trois fois par semaine, un grand bain composé ainsi qu'il suit :

Eau de pluie	1 kilogr.	Iodure de potassium	20 gram.
Iode	10 gram.		

Versez cette solution dans une baignoire contenant 300 litres d'eau. Augmentez ou diminuez la dose, suivant qu'il faudra pour le bain une plus ou moins grande quantité d'eau commune.

M. Baudelocque a employé un assez grand nombre d'autres médicaments ; mais il résulte de ses recherches que, comme médicament général, c'est à l'iode qu'il faut donner la préférence. Il n'a obtenu aucun succès de l'emploi du *sous-carbonate de potasse* et de plusieurs autres moyens préconisés par plusieurs médecins. Il fait usage des évacuants dans le but de chasser de l'économie les molécules viciées, qui se trouveront remplacées avantageusement sous l'influence du traitement.

TRAITEMENT DE M. LE PELLETIER (DE LA SARTHE).

1° Faire prendre dans la journée plusieurs tasses de l'eau martiale factice, préparée d'après la formule suivante :

℞ Limaille de fer ou vieux clous. 500 gram.	Écorce de Winter.......... 4 gram.
Écorce d'orange.......... 4 gram.	Carbonate de potasse....... 2 gram.

Faites macérer pendant trois ou quatre jours dans :

Eau de rivière.................................... 1 kilogr.

2° Tous les jours, le matin, deux des pilules suivantes :

℞ Rhubarbe en poudre.... / Écorce de cascarille....	ãã 2 gram.	Teinture de mars tartarisé... Q. s.

Faites quinze pilules.

3° Immédiatement après les pilules, prendre un quart de verre du vin amer de gentiane indiqué plus haut (voy. p. 201). Si l'individu est irritable, on administrera seulement, immédiatement après la pilule, une tasse d'infusion de houblon.

Il me reste à dire, pour compléter ce traitement, que les divers symptômes locaux devront attirer particulièrement l'attention du médecin. Lorsqu'il existe une carie, une névrose, des ulcères, le traitement est spécialement du domaine de la chirurgie. Dans les cas où il y a des ophthalmies, un engorgement des ganglions, des tubercules de la peau, les onctions, les frictions avec les diverses pommades indiquées plus haut sont les principaux moyens que l'on met en usage. Mais de plus longs détails à ce sujet ne sauraient trouver place ici ; je renvoie le lecteur au travail de M. Lebert, où il trouvera tous les détails qu'il peut désirer. Il n'y aurait pas un plus grand avantage à présenter des ordonnances, et on le comprendra sans peine : le traitement des scrofules consiste plus dans l'emploi persévérant des moyens appropriés, et surtout dans les soins hygiéniques, que dans un groupe de moyens qu'on pourrait présenter dans une prescription. Il faut d'ailleurs que le praticien soit toujours prêt à varier ses formules et à graduer ses doses. L'exposition précédente doit donc suffire.

Dans cet article, j'ai dû nécessairement me borner à exposer les principaux traits de cette affection multiforme, et dont les variétés sont si nombreuses. Je dois encore, en finissant, renvoyer le lecteur qui veut la connaître en détail aux ouvrages de MM. Milcent (1) et Lebert (2), qui, sous ce rapport, lui laisseront bien peu à désirer.

(1) *De la scrofule, de ses formes, des affections diverses qui la caractérisent, de ses causes, de sa nature et de son traitement.* Paris, 1846, in-8.

(2) *Traité des mal. scroful. et tubercul.* Paris, 1849, in-8.

LIVRE TROISIÈME.

Maladies des voies digestives.

Dans l'étude des maladies des voies digestives, nous allons trouver, ainsi que je l'ai dit dans l'avertissement précédent, des travaux qui remontent plus haut que les recherches sur les maladies du cœur. Les affections du canal intestinal, bien que généralement confondues entre elles, ont été, en effet, de tout temps l'objet de l'attention des médecins. Il s'agira donc plutôt de faire un choix utile des renseignements nombreux que nous trouverons à chaque pas, que de rassembler péniblement des documents épars.

J'examinerai successivement les différentes parties du canal intestinal dans l'ordre suivant : la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, les intestins; et ensuite je passerai aux maladies des annexes du tube digestif : le péritoine, le foie, la rate et le pancréas.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE LA BOUCHE.

La cavité buccale sert, par moments, au passage de l'air dans les voies respiratoires. Sous ce rapport, elle joue un certain rôle dans l'acte de la respiration ; mais ce n'est là qu'un rôle accessoire. Le principal est l'acte de la mastication, et, par conséquent, cette cavité fait partie essentielle des voies digestives. Cependant nous verrons que, sous le premier point de vue, elle présente quelques particularités pathologiques importantes dont il faudra tenir compte. C'est ainsi, par exemple, que le gonflement considérable de la base de la langue peut donner lieu à une véritable suffocation et causer l'asphyxie.

Je ne parlerai pas, dans ce chapitre, des maladies qui appartiennent en propre aux *dents*. Ces affections, en effet, par leur nature et par les moyens qu'on emploie pour les combattre, appartiennent particulièrement à la chirurgie. Aussi me bornerai-je à faire l'histoire des troubles causés par la *dentition*, troubles qui sont entièrement du domaine de la pathologie interne, qui ont une physionomie particulière, et qu'on ne pourrait placer ailleurs qu'en les décomposant de manière à les rendre méconnaissables.

Comme je l'ai fait pour les autres cavités recouvertes d'une membrane muqueuse, les fosses nasales, par exemple, je vais passer successivement en revue les diverses maladies de la bouche, en commençant par l'hémorrhagie, en exposant ensuite les diverses maladies organiques, et en finissant par les affections dont une

altération locale ne constitue qu'une petite partie, comme celles qui sont causées par une dentition difficile.

ARTICLE I.

HÉMORRHAGIE BUCCALE.

Nous n'avons que des renseignements très peu exacts sur l'hémorrhagie de la bouche. Ceux qui ont une certaine importance se rapportent presque tous à l'hémorrhagie qui suit, soit l'avulsion d'une dent, soit une blessure quelconque, ou qui n'est autre chose qu'un symptôme d'une autre maladie telle que le scorbut (1). Mais on ne trouve presque rien sur l'*hémorrhagie idiopathique*. Cela tient, sans aucun doute, à ce que cette hémorrhagie est très rare, et à ce que, quand elle se produit, elle ne présente aucune gravité. Parmi les observations que j'ai pu rassembler, il n'en est qu'une seule (2) dans laquelle il ne soit pas fait mention de la nature scorbutique de la maladie. Je vais donc glisser très légèrement sur une affection qui n'offre au praticien qu'un intérêt médiocre.

D'après P. Frank (3), qui s'est longuement occupé de l'hémorrhagie de la bouche, soit traumatique, soit idiopathique, soit symptomatique, il faut reconnaître autant de variétés de la *stomatorrhagie* qu'il y a de siéges différents de l'écoulement sanguin. Aussi reconnaît-il la *stomatorrhagie des lèvres, des joues, du palais, du voile du palais, de la luette, des tonsilles, des conduits salivaires.* Cette division a sans doute quelque importance, puisqu'elle fixe l'attention des médecins sur les différents points d'où le sang peut s'échapper; mais, en somme, il suffit de dire que, dans les cas d'hémorrhagie buccale, il faut examiner avec le plus grand soin tous les points de la cavité, et, cette précaution prise, on peut tracer un tableau général de la maladie.

Une des espèces de stomatorrhagie qui ont occupé plus particulièrement les auteurs et entre autres P. Frank, est l'hémorrhagie causée par la *rupture de varices* développées dans la cavité buccale. En pareil cas, on peut rapprocher l'hémorrhagie de la bouche de celle du rectum, qui est produite par la rupture des tumeurs hémorrhoïdales.

Stomatorrhagie par rupture de tumeurs variqueuses. Cette stomatorrhagie, qu'on peut appeler *variqueuse*, se montre plus particulièrement *aux lèvres* ; mais quelquefois, et P. Frank en cite des exemples, on l'a vue provenir de tumeurs formées sur la *partie interne des joues* et sur le *voile du palais.* D'après la description donnée par Frank, les *tumeurs* ont la forme d'un sac constitué par une membrane ténue, pleine d'un sang transparent et livide, et aux environs duquel on voit les veines qui rampent sous la muqueuse fortement dilatées et noirâtres. Lorsque le gonflement est devenu très considérable, la membrane mince se rompt, et alors l'écoulement sanguin a lieu en plus ou moins grande abondance. P. Frank affirme que, dans certains cas, on a ouvert de semblables tumeurs, croyant avoir affaire à des abcès, et qu'il en est résulté une hémorrhagie plus ou moins inquiétante. Quelquefois les veines, ainsi dilatées, se montrent sur la *partie interne*

(1) Voy. l'art. *Scorbut.*
(2) *Miscell. nat. cur.*, ann. 1811, obs. 48, par P. de Sorbait.
(3) *Traité de méd. prat.* Paris, 1842, t. I, p. 516

des joues, et c'est la pression des dents qui, dans la mastication, opère leur rupture.

Le *sang* qui s'écoule de ces tumeurs est noir ou livide, et son abondance peut être telle qu'elle fait craindre pour la vie du malade. P. Frank en cite un exemple observé chez un jeune homme dont les tumeurs variqueuses existaient sur la *voûte palatine*, le *voile du palais*, et à la *partie interne des joues*. Ces tumeurs ressemblaient à de petites vessies qui de temps en temps se rompaient.

Quelquefois l'hémorrhagie survient sans que l'on trouve une cause organique semblable, mais ces cas sont fort rares. Dans l'observation de P. de Sorbait, citée plus haut, on voit qu'une hémorrhagie *de la gencive*, survenant après une fièvre tierce, fit perdre au sujet jusqu'à vingt-quatre livres de sang. Donatus (1) cite un cas semblable. Malheureusement ces observations manquent des détails les plus importants.

J'ai observé à l'hôpital Beaujon, pendant que j'y faisais le service en remplacement de M. Louis, une femme qui avait une épistaxis excessivement rebelle, et qui, à certaines époques, nous présenta un phénomène remarquable : l'épistaxis avait lieu tous les jours pendant un temps assez long ; puis, soit spontanément, soit sous l'influence des astringents et des réfrigérants, elle s'arrêtait pendant deux, trois ou quatre jours, rarement davantage. C'est dans ces intervalles qu'à deux ou trois reprises la malade, qui observait bien son état, et qui était assez intelligente, nous apprit que le sang s était écoulé, non par le nez, ni par l'ouverture postérieure des fosses nasales, mais simplement par la bouche. Il lui suffisait, en effet, de pencher légèrement la tête en avant, et d'entr'ouvrir un peu la bouche, pour voir le sang s'écouler avec facilité, sans qu'il en sortît une seule goutte par les narines. Ayant examiné avec soin la cavité buccale, nous aperçûmes, sur la langue et sur la voûte palatine, quatre ou cinq points d'un rouge vif, légèrement saillants, sans solution de continuité de la muqueuse, semblables à des grains de groseille qui auraient été enfoncés dans le tissu de la langue. L'hémorrhagie, dans ce cas, était-elle réellement buccale ? Tout porte à l'admettre. Provenait-elle des points rouges qui viennent d'être indiqués ? On peut le penser, mais il ne nous a pas été permis d'en acquérir la certitude.

Dans d'autres circonstances, l'hémorrhagie est de la nature de ces *hémorrhagies générales* dont il a été question aux articles *Épistaxis* et *Hémoptysie*, et qui sont souvent si effrayantes. J'en trouve un exemple rapporté par Romberg (2). L'hémorrhagie, dans ce cas, se fit à la fois par les narines, les gencives et l'utérus, et il y eut sur la face du corps une éruption de pétéchies nombreuses.

Enfin, dans le plus grand nombre de circonstances, l'hémorrhagie est de nature *scorbutique* ; il en a été suffisamment question à l'article *Scorbut*.

Traçons maintenant en quelques mots la description générale de l'hémorrhagie de la bouche.

Symptômes. Dans les cas que j'ai pu consulter, l'écoulement de sang apparut sans être précédé d'aucun symptôme. Le liquide s'écoulait en bavant et sans aucun effort de la part du malade, qui penchait la tête en avant et tenait la bouche entr'ouverte. D'après P. Frank, les hémorrhagies de cette espèce s'accompagnent

(1) *Med. mirab.*, lib. IV, cap. IX.
(2) *Misc. nat. cur.*, dec. III, ann. IX et X, p. 200, obs. 108.

le plus souvent de douleurs de tête, de vertiges, de rougeur de la face, de bourdonnements d'oreilles, de chaleur, de titillation de la bouche et des gencives; mais si l'on consulte les faits, on voit que les observations de ce genre sont excessivement rares, et tout porte à croire que P. Franck a appliqué tout simplement à l'hémorrhagie buccale la description générale des hémorrhagies. Dans les cas où l'hémorrhagie de la bouche survient les malades étant couchés sur le dos, le sang peut tomber avec assez de rapidité dans le larynx pour déterminer un sentiment passager de *suffocation* et la *toux*.

Dans certains cas, où l'on n'a pas constaté l'existence de varices, l'écoulement de sang a présenté une *intermittence* variable. On en voit un exemple dans Alexandre de Tralles (1). Lorsque l'hémorrhagie est simple, on en triomphe facilement. Cependant Schenck (2) cite un cas où l'hémorrhagie finit par être mortelle. Il est vrai que le sang s'écoulait d'une alvéole, et tout porte à croire, quoique l'auteur ne s'explique pas sur ce point, que l'hémorrhagie était traumatique.

Telle est la description de cette affection, légère dans le plus grand nombre des cas. Il ne nous reste maintenant à dire que quelques mots sur le *diagnostic* et sur le *traitement*.

Diagnostic. Dans le plus grand nombre des cas, il est très facile de reconnaître le siége de l'hémorrhagie ; il suffit d'examiner les diverses parties de la bouche pour voir le point d'où le sang s'échappe. Dans ceux où il n'en serait pas ainsi, le diagnostic serait éclairé par la manière dont le sang est rejeté au dehors. Point d'efforts de toux, si ce n'est au début, dans les cas tout particuliers dont j'ai parlé plus haut; le sang sort pour ainsi dire de lui-même dès que le malade penche la tête en avant et entr'ouvre la bouche ; il n'est pas même besoin d'un effort d'expuition, et si cet effort est nécessaire, c'est que l'hémorrhagie est très peu abondante et ne mérite pas l'attention du médecin. On voit qu'il est inutile d'insister sur un diagnostic si simple.

Traitement. Puisque dans le plus grand nombre des cas on peut apercevoir le point où le sang prend sa source, il est tout naturel de commencer par les *moyens directs* que l'on peut opposer à l'hémorrhagie.

1° *Médication externe.* Le plus souvent il suffit de quelques *gargarismes astringents* et *styptiques*, et de quelques *réfrigérants*, pour se rendre maître de l'écoulement du sang.

Mais, comme pour toutes les autres hémorrhagies, les médecins des siècles derniers employaient dans le traitement de celle-ci un très grand nombre de médicaments. On peut en juger par la formule suivante empruntée à J.-M. Müller (3). Ce médecin prescrivit avec succès, dans un cas où une hémorrhagie avait presque totalement épuisé les forces du malade, la préparation suivante :

℞ Conserve de roses.........	15 gram.	Aloès succotrin........	āā 1,25 gram.
Racine de tormentille....	āā 2 gram.	Myrrhe..............	
Alun calciné....		Sirop de feuilles de chêne.	āā Q. s.
Sangdragon............		Miel rosat...........	
Gomme laque..........			

Pour appliquer sur les parois de la bouche, plusieurs fois par jour.

(1) *Annot.* ad cap. II, lib. VII, *Therap. method. Galeni.*
(2) Lib. I, p. 215, *De gingivis*. Græf., 1609.
(3) *Nat. cur. eph.*, centur. V, ann. 1717, p. 72, obs. 19.

On peut consulter, relativement à l'emploi des médicaments de ce genre, l'article *Epistaxis* (*voy.* Ier vol.) dans lequel ils sont exposés avec détail. Il sera très facile d'en faire l'application à l'hémorrhagie buccale. Ainsi on prescrira un mélange plus ou moins fort d'*eau et de vinaigre*, une solution d'*acétate de plomb*, l'*eau de Rabel* plus ou moins affaiblie ; en un mot, les divers styptiques et astringents. En même temps, on fera tenir dans la bouche des morceaux de *glace*, qu'on renouvellera dès qu'ils seront fondus.

Si ces moyens ne suffisent pas, et si l'on aperçoit le point d'où le sang s'échappe ; si, par exemple, il s'agit de la rupture de ces petites tumeurs variqueuses dont nous avons parlé plus haut, il ne faut pas hésiter, dans les cas d'hémorrhagie abondante, à avoir recours à la *cautérisation*, soit avec un *acide* plus ou moins concentré, soit avec le *fer incandescent*.

Dans le premier cas, on fait un mélange de parties égales d'*acide sulfurique*, *hydrochlorique*, *nitrate acide de mercure* et de *miel*, et avec un petit pinceau on touche le point d'où sort le sang. Quant au *cautère actuel*, il suffit d'un très petit cautère que l'on promène très rapidement sur la surface malade.

P. Frank fait observer que, lorsqu'on a ainsi arrêté le sang par la cautérisation, il est à craindre qu'au moment où l'escarre produite par cette petite opération vient à se détacher, l'hémorrhagie ne se renouvelle ; il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin d'être prêt à y remédier.

Il a quelquefois suffi, même dans les écoulements de sang assez abondants, d'une *compression* exercée directement sur la source de l'hémorrhagie, pour l'arrêter d'une manière définitive.

Dans le cas qui fut observé par P. de Sorbait, ce médecin appliqua d'abord de la *chaux pulvérisée* sur le point d'où provenait le sang; mais ce moyen ne réussit pas, et il fallut avoir recours au *cautère actuel*.

2° *Médication interne*. Les médecins des siècles précédents mettaient en usage, en même temps que cette *médication externe*, une *médication interne* dans laquelle ils avaient une assez grande confiance. Ainsi, par exemple, dans le cas observé par J.-G. Romberg, ce médecin prescrivit en même temps l'*oxyde rouge de fer natif*, le *sangdragon*, le *trochisque de carabé* (succin), et enfin la *teinture d'aconit napel*. Il est vrai que, dans ce cas, l'hémorrhagie dépendait d'une altération générale du sang, et en semblable circonstance il ne faudrait évidemment pas se borner à employer le traitement local ; il faudrait mettre en usage les divers moyens que nous avons indiqués soit aux articles *Épistaxis* et *Hémoptysie*, soit à l'article *Scorbut*. En pareil cas, les acides formeront principalement la base de ce traitement interne.

Dans les anciennes formules, on trouve des médicaments très variés. Voici celle qu'employa J.-M. Müller dans le cas cité plus haut :

℞ Eau de plantain...........	90 gram.	Sirop de roses...........	āā 15 gram.
Teinture d'oxyde rouge de fer natif.................	10 gram.	Corail rouge en poudre....	

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On sent qu'il serait inutile de multiplier de semblables formules.

Dans un cas observé par le docteur Lebenwaldt (1), il suffit d'une simple *saignée du pied* pour arrêter une hémorrhagie des gencives assez abondante.

Je dois ajouter ici le moyen que M. Négrier (2) a appliqué aux épistaxis, et qui lui a réussi dans plusieurs cas. Il consiste, comme je l'ai dit dans l'article *Epistaxis*, à *faire maintenir les bras du malade élevés*, en même temps que l'on comprime le point où l'hémorrhagie prend sa source. Il est facile d'approprier ce moyen au traitement de l'hémorrhagie buccale. Dans le cas que j'ai cité précédemment, il a échoué contre une épistaxis extrêmement rebelle ; mais cela ne prouve pas qu'il soit inutile dans des cas moins graves. D'autres médecins ont eu à se louer de son emploi.

Je n'insisterai pas davantage sur ce traitement, qui ne diffère pas assez de celui des autres hémorrhagies déjà décrites, pour nous arrêter plus longtemps. Je me bornerai à ajouter que les *précautions générales* à prendre sont les mêmes que dans l'épistaxis, et je présenterai seulement deux ordonnances, l'une relative aux cas où l'hémorrhagie buccale dépendrait d'une cause générale, et l'autre à celle où la cause étant toute locale, comme dans la rupture des tumeurs variqueuses, l'écoulement de sang serait très abondant.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU L'HÉMORRHAGIE BUCCALE PARAIT DUE A UNE CAUSE GÉNÉRALE.

1° Pour boisson, limonade sulfurique.

2° Julep antihémorrhagique (voy. t. I, p. 31).

3° Donner constamment au malade des morceaux de glace à faire fondre dans la bouche.

4° Le placer sur un lit à plan incliné, de manière que la tête soit notablement élevée.

5° A l'époque de la convalescence, prescrire un régime substantiel et l'habitation d'un lieu sec et aéré.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE DE CAUSE LOCALE ET TRÈS ABONDANTE.

1° Gargarismes astringents, le suivant, par exemple :

℞ Eau d'orge	300 gram.	Miel	30 gram.
Alun	6 gram.		

2° Toucher deux ou trois fois par jour le point d'où s'écoule le sang, avec le mélange suivant :

℞ Acide sulfurique	1 partie.	Miel	3 parties.

On se servira d'un pinceau pour porter le caustique sur la partie affectée. On peut faire usage de la chaux en poudre, comme l'a fait un des auteurs précédemment cités.

3° Si l'hémorrhagie est inquiétante, employer les caustiques de manière à produire une escarre assez profonde. Ainsi, se servir d'un acide concentré et de miel à parties égales, ou, mieux encore, recourir au cautère actuel.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Astringents ; styptiques ; réfrigérants ; caustiques ; cautère actuel ; compression ; moyen de M. Négrier ; saignée du pied ; acides.

(1) *Misc. nat. cur.*, dec. III, ann. II, p. 167, obs. 114.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. XIV, p. 168.

ARTICLE II.

STOMATITE SIMPLE OU ÉRYTHÉMATEUSE.

Cette affection n'est point très commune, car on ne peut regarder comme de véritables stomatites ces inflammations très superficielles et très bornées de la paroi buccale, qui n'exigent aucun traitement, et qui se dissipent en très peu de temps. Il en résulte que la maladie n'a point été étudiée avec beaucoup de soin, qu'on ne trouve à ce sujet que des renseignements très vagues, et que plusieurs auteurs l'ont même entièrement passée sous silence. P. Frank, par exemple, ne s'occupe que de la *glossite*, et passe immédiatement après aux maladies du pharynx. Je n'aurai donc, dans cet article, qu'à exposer rapidement les causes et les symptômes qui appartiennent plus particulièrement à la stomatite, et les principaux remèdes qu'on lui a opposés.

Les *causes* connues de cette affection sont : l'introduction dans la bouche de *boissons trop chaudes* ou de *substances âcres ou caustiques; l'accumulation du tartre* sur les dents; le travail de la *dentition;* en un mot, tout ce qui irrite fortement la membrane buccale. Mais il faut ajouter que parfois on ne découvre aucune cause semblable, et que c'est précisément en pareil cas que la stomatite a ordinairement le plus d'intensité.

J'ai dit plus haut qu'il arrivait assez souvent que, dans un petit point de l'étendue de la bouche, il se manifestait une inflammation légère. Ainsi, au palais, sur la face interne des joues, sur une partie très limitée de la langue, on voit apparaître un peu de gonflement, avec une douleur qui augmente lorsqu'on presse sur la partie affectée, et plus encore lorsque les substances irritantes sont introduites dans la bouche. Cette affection très légère, qui se manifeste principalement chez les fumeurs, chez les personnes qui sont habituées à une nourriture excitante, qui mangent des salaisons, etc., se dissipe spontanément au bout d'un ou de plusieurs jours et par le fait seul de la cessation des causes qui l'ont produite.

Symptômes. Il n'en est pas de même de la stomatite qui occupe une grande étendue, et qui envahit surtout les gencives, la partie de la face interne des joues et du palais qui les avoisine. Le premier symptôme de cette affection est la *douleur*, bientôt suivie de *gonflement* et de *rougeur.* Plus tard, la membrane muqueuse, *boursouflée, molle,* se recouvre d'une *couche de mucosités* épaisses et blanches, qui a une grande tendance à se reproduire. Dans cet état, la bouche a une très grande sensibilité, et l'on est obligé de donner les boissons à une température peu élevée, car la chaleur suffit pour augmenter la douleur. Il y a en même temps *afflux de la salive* dans la bouche, et comme les malades sont très tourmentés par un *goût désagréable,* qui les poursuit continuellement, ils n'avalent point cette salive, mais la rejettent fréquemment sous la forme d'un liquide filant et épais. Nous retrouverons ces symptômes avec plus d'intensité dans la *stomatite* ou *salivation mercurielle.*

Un des symptômes constants de la stomatite portée à ce degré, est la *fétidité de l'haleine,* qui est quelquefois telle, qu'on peut à peine s'approcher du malade.

Il est rare que cette affection ne donne pas lieu à un *mouvement fébrile* marqué : cependant j'ai vu un cas où bien que l'inflammation n'occupât que les gencives

et une très petite étendue des parties adjacentes, il y eut pendant trente-six heures environ un mouvement fébrile évident, quoique peu intense.

Cette affection a reçu différents noms, suivant le point de la bouche auquel elle est bornée. Lorsqu'elle existe au palais, on la nomme *palatite;* sur les gencives, elle prend le nom de *gingivite*, et quand elle affecte la langue, on lui donne le nom de *glossite*. Cette dernière affection, présentant des particularités très importantes, doit avoir une description à part. Il n'en est pas de même de la palatite et de la gingivite, qui n'ont guère de particulier que le lieu qu'elles occupent. Toutefois je dois dire, relativement à la gingivite, qu'une accumulation trop considérable de tartre, la carie des dents ou les aspérités qu'elles présentent, sont des causes qui peuvent la produire.

La *marche* de la maladie n'offre rien de particulier. Quant à sa *durée*, elle est généralement de sept ou huit jours, à moins que des causes spéciales, comme, par exemple, la présence d'une grande quantité de tartre sur les dents, ne tendent à l'entretenir. Sa *terminaison* est toujours favorable. Dans quelques cas, on voit l'épithélium se détacher des points enflammés, se rouler et s'enlever par plaques. C'est ce qu'on observe ordinairement lorsque la maladie a été causée par des boissons brûlantes ou les caustiques.

Le ramollissement, le gonflement de la muqueuse et des tissus sous-jacents; la production de mucosités concrètes; quelquefois de petites duretés saillantes et semblables à des papules : telles sont les seules *lésions* que l'on observe dans cette affection peu grave.

Le *diagnostic* présente si peu de difficulté, qu'il est inutile d'y insister longuement. Les parties étant accessibles à la vue, il est très aisé de juger s'il s'agit d'une stomatite simple, ou d'une stomatite ulcéreuse, gangréneuse, etc. La seule affection avec laquelle on pourrait confondre l'inflammation simple de la bouche, est la *stomatite* ou *salivation mercurielle*. Mais il faut observer que cette dernière affection n'est en réalité qu'une stomatite ordinaire dont la cause seule a quelque chose de particulier. Toutefois, comme son intensité est bien plus grande, et qu'elle demande des soins spéciaux, j'ai cru devoir en faire une description séparée qui fera le sujet de l'article suivant. Cette explication suffit pour faire comprendre la manière dont j'ai cru devoir envisager ces deux espèces de stomatites.

Le *traitement* de cette maladie est très simple. Lorsqu'elle est bornée à une très petite étendue, quelques *boissons émollientes* : l'eau d'orge, l'eau de guimauve, coupées ou non avec du lait; la décoction de dattes, de figues grasses, de jujubes; un gargarisme avec les mêmes substances, suffisent pour procurer une guérison prompte.

Dans les cas où la maladie a une plus grande étendue et une plus grande intensité, il faut avoir recours à des moyens un peu plus actifs. Bien rarement on est obligé de prescrire une application de *sangsues*. C'est à la base de la mâchoire qu'on les pose en pareil cas. Quelques médecins les placent sur les gencives mêmes ; mais souvent cette application est difficile; les piqûres sont douloureuses, la présence des sangsues est très désagréable, et comme rien ne prouve que cette pratique soit réellement très utile, on ne voit pas l'avantage qu'il y a à l'imiter.

Les *gargarismes*, toujours composés des substances déjà indiquées, seront rendus plus calmants par l'addition d'une petite quantité d'*opium*. Dans les cas où la dou-

leur serait très vive, des *fumigations émollientes* et *narcotiques* vers la cavité buccale rendent aussi le traitement beaucoup plus efficace et plus prompt.

Un des points importants dans le traitement de cette maladie, c'est de rechercher la cause qui l'a produite. Si, en effet, elle est due à l'irritation de la muqueuse buccale par des substances âcres, comme la fumée du tabac, les vieux fromages, les salaisons, etc., il suffit de suspendre l'usage de ces substances pour arrêter la maladie et l'empêcher de devenir plus intense. Si elle a été causée par des boissons brûlantes, les *gargarismes froids* auront un grand avantage. Enfin, si l'accumulation du tartre sur les dents a déterminé une inflammation des gencives, qui s'est ensuite étendue plus ou moins loin, il faut avoir soin de commencer le traitement par faire *nettoyer parfaitement les dents*, et bientôt on voit les symptômes se dissiper.

Je ne crois pas devoir entrer dans de plus grands détails sur un traitement si simple et d'une application si facile.

ARTICLE III.

STOMATITE MERCURIELLE (*salivation mercurielle*).

Dès l'époque où l'on a commencé à employer les diverses préparations de mercure contre la syphilis, on a pu étudier la salivation mercurielle qui en est la suite. On l'a pu d'autant plus, que pendant longtemps on a regardé la production de la salivation non comme un accident, mais au contraire comme un effet favorable au traitement de la maladie. D'après cette manière de voir, on s'efforçait de produire cette salivation qui plus tard devait être rangée parmi les conséquences fâcheuses de l'emploi du mercure. Déjà Nicolas Massa avait entrevu le peu d'utilité de la salivation, lorsque de la Peyronie, Chicoyneau, et bientôt la majorité des médecins en reconnurent le danger. Aujourd'hui il est peu de praticiens qui, loin de chercher à la produire, ne s'efforcent de la prévenir, et ne la combattent avec vigueur, lorsque, malgré toutes les précautions, elle s'est manifestée. A peine, dans quelques cas très rares, a-t-on pu penser que la salivation avait eu un bon résultat. Ainsi Cullerier (1), qui d'ailleurs regarde la salivation comme un accident qu'il faut en général chercher à éviter, a cru, dans un cas, avoir arrêté par son moyen un chancre rongeant de la verge; mais ce fait isolé n'est pas concluant. Il importe donc d'étudier avec soin les circonstances dans lesquelles elle se produit, ses symptômes et les moyens de la faire disparaître.

Si je ne traite dans cet article que de la stomatite ou salivation mercurielle, ce n'est pas que je ne reconnaisse avec tous les auteurs l'existence d'autres salivations. Certainement on voit dans les diverses autres stomatites, dans les affections du pharynx, et dans d'autres maladies, se produire une salivation plus ou moins abondante; mais ce n'est là qu'un symptôme particulier qui ne peut pas constituer une affection distincte. Quant à la *salivation spontanée*, ce n'est que récemment qu'elle a pu prendre place dans le cadre nosologique. M. Tanquerel des Planches (2), réunissant vingt-neuf observations, en a tracé une histoire assez satisfaisante. Jusque-là

(1) *Voy. Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 38.
(2) *Rech. clin. sur la sialorrhée ou flux salivaire* (*Journ. de méd.*, juin et juillet 1844).

on ne pouvait s'empêcher d'avoir des doutes sur son existence, car les faits cités étaient peu concluants. Qu'on lise, par exemple, l'observation de Chr.-F. Joerdens (1), que J. Frank a donnée comme un exemple de ptyalisme spontané, et l'on verra s'il s'agit d'autre chose que d'une stomatite crémeuse ou pseudo-membraneuse. Quant aux *salivations provoquées par l'émétique* ou des substances âcres, on peut facilement se convaincre qu'elles ont commencé par une inflammation de la bouche qui s'est propagée aux conduits salivaires. M. Griffith (2) a vu une salivation produite par l'usage externe de l'émétique (frictions sur l'épigastre avec la *pommade d'Autenrieth*), et le docteur Jackson a observé un cas tout à fait semblable. Si des faits de ce genre se multipliaient, il faudrait rechercher s'il y aurait lieu de rapprocher cet accident de la salivation produite par le mercure, ou s'il faudrait en faire une maladie distincte; mais ce ne sont là que des cas exceptionnels, dont on ne peut donner aucune description générale.

Je crois donc que, jusqu'à nouvel ordre, il est inutile de faire de la salivation un ordre particulier d'affections, divisé en espèces différentes suivant la cause présumée qui l'a produite. La science n'a rien à gagner, par exemple, à la division proposée par J. Frank (3). Cet auteur admet les espèces suivantes : *Ptyalismus in febribus intermittentibus, continuis; P. in morbis cutis, nervorum et sensuum; P. in morbis laryngis, pulmonum, oris, tubique intestinalis; P. in morbis pancreatis, hepatis et lienis; P. in scorbuto et arthritide; P. in morbis viarum urinarium, partiumque genitalium; P. mercurialis.*

J'ai cité cette énumération pour montrer dans quelles affections on a observé la salivation, et en même temps pour faire voir combien ce serait s'écarter de la voie que je me suis tracée, que de décrire comme des maladies ces simples symptômes d'affections plus ou moins graves. Je réserverai seulement un court article à la *salivation essentielle* ou *sialorrhée*, qui trouvera sa place plus loin.

Après cette explication, je peux aborder l'histoire de la stomatite mercurielle.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La stomatite mercurielle est une maladie caractérisée par une forte irritation de la membrane buccale, avec sécrétion muqueuse et salivaire plus ou moins abondante, et des lésions souvent graves des tissus affectés : accidents produits par une dose de mercure très variable. On a donné à cette affection les noms de *salivation mercurielle*; *ptyalisme mercuriel*; *aphthes mercuriels* (Sauvages); mais on verra, par la description des symptômes, qu'elle est constituée par une véritable inflammation, et que le nom de *stomatite mercurielle* est en réalité celui qui lui convient le mieux.

Il n'y a pas lieu de s'occuper d'une manière particulière de sa *fréquence*. Causée, en effet, par le mercure, elle doit être plus ou moins fréquente suivant qu'on fait plus ou moins abus de ce métal.

(1) *Act. nat. cur.*, vol. VII, p. 384.
(2) *Amer. Journ. of med. sc.*, mai 1828.
(3) *Prax. med.*, part. III, sect. I, vol. I.

§ II. — Causes.

On pourrait regarder la question des causes comme oiseuse, puisque l'action bien connue du mercure sur les parois buccales et sur les glandes salivaires est, de toute évidence, la cause déterminante de la maladie. Mais les sujets sont-ils plus ou moins exposés à cette action, suivant leur âge, leur tempérament, les saisons ? Et, d'un autre côté, certaines préparations mercurielles agissent-elles plus promptement et avec plus de force que les autres ? Voilà des questions qui intéressent à un haut degré le praticien.

1° Causes prédisposantes.

Nous avons sur ces causes quelques données, mais elles sont très générales, et manquent de cette précision qu'il serait si important d'introduire dans l'étiologie des maladies. Ainsi, relativement à l'*âge*, il est admis que les enfants sont plus facilement atteints de la salivation mercurielle que les adultes, et nous verrons plus loin qu'on regarde cet accident comme très dangereux dans la première enfance. Quant au *sexe*, quoiqu'on affirme que les femmes, dans le cours d'un traitement mercuriel, présentent plus souvent le ptyalisme que les hommes, les recherches ne sont pas suffisantes à cet égard.

La *constitution* et le *tempérament* ont-ils quelque influence sur la production de la salivation mercurielle ? C'est ce que pensent les auteurs qui ont cru l'avoir observée plus souvent chez les individus faibles, lymphatiques et dont le système glandulaire est très développé. Mais, encore ici, même absence de faits bien concluants. Enfin, relativement aux *saisons*, on a dit que le ptyalisme mercuriel se produisait plus rapidement et plus fréquemment dans la saison froide, alors que la sécrétion cutanée était moins abondante. Tels sont les renseignements que nous avons ; je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ils sont vagues.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les préparations mercurielles qui produisent le plus facilement la salivation, il faut placer en première ligne, suivant tous les auteurs, le mercure en nature. Ainsi les *pilules de Sédillot*, les *frictions avec l'onguent mercuriel*, la font naître avec beaucoup de promptitude. Le *calomel*, l'*acétate de mercure*, donnent aussi lieu à ce fâcheux résultat avec une grande facilité ; quant aux autres substances, le *proto-iodure*, les *oxydes de mercure*, etc., nous n'avons pas de données suffisantes à cet égard ; mais ce que l'on sait bien, c'est que le *sublimé corrosif* est, de toutes les préparations mercurielles, celle qui détermine le plus rarement le ptyalisme ; la raison en est sans doute dans les faibles doses qu'on en donne, et dans l'action corrosive qu'elle exerce sur les tissus.

Le mode d'administration paraît ne pas être sans influence. Ainsi les *frictions* sur la surface cutanée, et plus encore sur les muqueuses, sont regardées comme la cause la plus efficace de la salivation mercurielle.

Quant à la *dose* qui est nécessaire pour produire la salivation, elle est très variable, suivant la préparation mercurielle, et suivant les individus : il suffit quelquefois d'une très petite quantité d'un sel mercuriel pour donner lieu à cet accident, tandis que dans des circonstances en apparence semblables, il en faut souvent

de très grandes quantités. M. Cullerier a cité des exemples de salivation déterminée par de très petites doses ; et chacun sait que quelquefois il suffit d'une seule dose de calomel donné comme purgatif, pour produire une salivation abondante, avec tous les signes d'une inflammation intense de la bouche ; mais les cas de ce genre sont exceptionnels.

Plusieurs faits prouvent que les *émanations mercurielles* peuvent produire la salivation : un des plus fréquemment cités est celui du vaisseau anglais *le Triomphe* (1810), qui, ayant pris à son bord une grande quantité de mercure qui se répandit, vit se déclarer parmi les matelots une petite épidémie de salivation mercurielle. M. Piédagnel a vu cette salivation se produire chez plusieurs personnes qui avaient séjourné dans une chambre où l'on avait brûlé une sébile ayant contenu du mercure et imprégnée de ce métal. Ces faits ont été rapportés dans un mémoire intéressant publié par M. Grapin (1), alors interne des hôpitaux.

Enfin, il est quelques circonstances qui favorisent beaucoup l'action du mercure sur la bouche : c'est la présence d'ulcérations, d'excoriations, de tubercules cutanés humides et exulcérés, sur la surface desquels l'absorption de la substance médicamenteuse est très facile et très prompte. A l'époque où je faisais un service à l'hôpital de Lourcine, j'ai remarqué que quatre ou cinq frictions sur les grandes lèvres, pratiquées pour faire disparaître les tubercules plats, suffisaient pour produire une salivation abondante.

Je n'ai point dissimulé le vague dans lequel nous sommes sur ce point d'étiologie, dont néanmoins l'importance sera facilement sentie. C'est là un beau sujet de recherches ; espérons que les médecins qui s'occupent aujourd'hui avec tant de zèle de l'histoire des maladies syphilitiques feront enfin cesser toutes nos incertitudes.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la stomatite mercurielle ont été généralement bien observés et bien décrits. Ils sont tellement tranchés, qu'ils frappent nécessairement l'observateur le moins attentif.

Début. C'est ordinairement du troisième au huitième jour du traitement que la salivation se manifeste ; mais ce *début* est loin d'être fixe, car on a vu des sujets résister plusieurs mois au traitement, et puis, sous une influence que l'on n'a pas pu découvrir, offrir la salivation à un haut degré. On a même cité quelques cas dans lesquels cet accident n'est survenu qu'après la cessation du traitement, et parfois au bout d'un temps assez long, comme M. Lagneau (2) en rapporte un exemple. Mais les faits de ce genre sont entièrement exceptionnels, et il faut prendre garde de s'en laisser imposer par les malades qui, ayant subi en secret un traitement mercuriel imprudent, n'osent pas l'avouer au médecin. Lorsque la maladie se déclare, les malades commencent à sentir, dans la bouche, de la chaleur, de la douleur et un léger gonflement des gencives. Déjà, à cette époque, ils sont fatigués par un *goût métallique* désagréable, incommode surtout par sa persistance. Bientôt après, les gencives deviennent pâles et blafardes, et la langue et les dents commencent à présenter un léger enduit. En même temps une certaine sensibilité se manifeste à

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1845, t. VIII, p. 327.
(2) *Traité des malad. syphil.*, t. II, p. 105.

la base de la mâchoire et derrière le bord postérieur de ses branches, ce qui annonce que les glandes salivaires sont déjà irritées.

Symptômes. Lorsque la maladie est entièrement déclarée, la *douleur* de la bouche est vive ; les gencives sont *tuméfiées*, soulevées en forme de pyramide, molles, rouges vers le collet des dents. La membrane muqueuse des parois buccales se gonfle également, ainsi que la langue, qui conserve l'empreinte des dents. Celles-ci se couvrent d'un enduit épais. En même temps la douleur, au niveau des glandes salivaires, augmente notablement ; ces glandes prennent un volume plus considérable ; elles sont surtout douloureuses dans les mouvements de mastication ; il en est de même des dents, que les malades osent à peine rapprocher les unes des autres.

La *salivation* devient alors extrêmement abondante, et constitue le phénomène le plus remarquable de la maladie. A chaque instant, la bouche du malade se remplit d'une salive épaisse, filante, blanchâtre, qu'il est continuellement obligé de rejeter au dehors, de telle sorte que quelques sujets sont forcés d'avoir toujours un crachoir sur lequel ils sont penchés, la bouche entr'ouverte, de manière à laisser s'écouler constamment la salive qui file comme du blanc d'œuf. Les quantités de salive que peuvent rendre ainsi les malades sont quelquefois énormes.

Un autre symptôme non moins remarquable, c'est l'extrême *fétidité de l'haleine*. Suivant Frank, cette fétidité serait spécifique ; mais il est fort douteux qu'il en soit ainsi : on ne trouve nulle part, en effet, aucun caractère propre à cette fétidité. Si elle est très grande, c'est uniquement parce que l'altération de la bouche est très considérable.

A une époque plus avancée de la maladie, les symptômes qui viennent d'être décrits existant toujours, il survient d'autres phénomènes qui sont dus uniquement aux progrès des altérations organiques des parois de la bouche. Ainsi, les gencives se ramollissent de plus en plus ; elles deviennent très saignantes et finissent par *s'ulcérer* autour des dents, et même par tomber en lambeaux. Les dents elles-mêmes s'ébranlent, et peuvent ainsi, lorsque la maladie est poussée très loin, se déchausser et tomber. Enfin, des *ulcérations* plus ou moins étendues, arrondies, couvertes d'une pellicule grisâtre ou blanchâtre, se montrent sur les différents points de la bouche, et la maladie est alors parvenue à son summum d'intensité. Le nombre des ulcères peut être très grand ; on les a vus couvrir toute la paroi buccale, sans en excepter la surface de la langue, dont le gonflement peut être considérable. En pareil cas, la salivation est extrêmement abondante, et c'est alors qu'on a vu des malades rendre dans les vingt-quatre heures deux ou trois kilogrammes de salive.

Un autre symptôme, qui prend un assez grand accroissement à mesure que la maladie fait des progrès, et surtout chez certains individus, est le *gonflement des glandes salivaires*. Il est souvent porté au point que les malades ont beaucoup de difficulté à ouvrir la bouche pour en permettre l'examen.

Il est rare que l'on observe des *symptômes fébriles* un peu notables dans le cours de cette affection, qui paraît toute locale. Cependant, dans quelques circonstances, et lorsque la maladie est très intense, le mouvement fébrile se manifeste, le pouls devient fréquent, la peau est chaude et sudorale ; la douleur gagne toute la tête, et le gonflement, qui, d'une part, se communique à la gorge, gêne de

l'autre tellement le jeu des mâchoires, en se portant du côté de l'oreille, que le malade a de la peine à parler, à avaler et à entendre. Enfin, dans les cas les plus graves, il y a une *insomnie* complète, un abattement général des forces avec quelques symptômes ordinairement peu intenses du côté du *tube digestif.*

Pour compléter le tableau de l'affection, il faut ajouter que souvent on a remarqué une *diminution notable des autres sécrétions*, sauf toutefois la transpiration, qui, au contraire, est ordinairement abondante. L'*urine*, en particulier, est *souvent* en très petite quantité et très foncée en couleur; mais ces symptômes sont tout à fait secondaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est uniforme ; les symptômes vont continuellement en croissant, jusqu'à ce qu'enfin l'irritation causée par la préparation mercurielle ait cédé aux divers traitements mis en usage. Quant à la *durée*, elle est ordinairement de sept à huit jours, quand l'affection est légère. Il est rare que les symptômes se dissipent avant, tandis qu'au contraire on les voit assez souvent se prolonger au delà de ce terme. La *terminaison* est favorable dans le plus grand nombre des cas. La douleur éprouvée par le malade dans les dents, les glandes salivaires et les parois de la bouche, commence par se calmer, puis la tuméfaction diminue, ainsi que la quantité de salive excrétée. Enfin la bouche se nettoie, et il ne reste rien de cet état si alarmant. Dans quelques cas, la terminaison est entravée par certaines circonstances fâcheuses. Ainsi, outre la chute des dents, on voit quelquefois le bord des alvéoles se nécroser, les ulcères se multiplier avec persistance ; en un mot, les lésions organiques devenir plus nombreuses et plus profondes qu'elles ne le sont habituellement. Il faut alors un temps beaucoup plus long pour guérir la maladie, car il reste, après la chute des parties nécrosées, des trajets fistuleux difficiles à fermer, et des ulcères profonds peuvent persister longtemps encore après que les principaux symptômes de la salivation se sont notablement amendés.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je n'ai pas besoin de faire une description détaillée de ces lésions, puisqu'elles ont été déjà indiquées dans la description des symptômes. Il me suffira de dire que le gonflement, le ramollissement, la destruction de la muqueuse ou des tissus sous-jacents, dans certains points occupés par l'ulcération, et enfin, dans les cas les plus rares, des altérations plus profondes des os, constituent ces lésions, qui, le plus souvent, sont légères.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la maladie qui nous occupe est des plus faciles. On ne pourrait, en effet, confondre la stomatite mercurielle qu'avec la stomatite simple ou la stomatite causée par quelques agents particuliers : par exemple, l'émétique; mais il est rare que l'on ne soit pas instruit de la cause qui l'a produite, et cette connaissance suffit, puisqu'en réalité la salivation mercurielle n'est autre chose qu'une simple stomatite qui a une cause spéciale. Quant à la *stomatite couenneuse* ou *stomacace*, je rechercherai dans un des articles suivants si l'on peut la prendre pour une stomatite mercurielle ; il en sera de même de la *stomatite ulcéreuse.*

Dans le cas où l'on ne pourrait pas avoir la certitude que le malade a pris du mercure, on devrait rechercher l'existence des ulcérations, qui mettrait sur la voie; et si en même temps on observait l'ébranlement des dents, la nécrose des alvéoles et la destruction des parois de la bouche, on n'hésiterait pas à attribuer l'affection à l'action du métal; car une stomatite simple ne produit pas de semblables désordres. Ce diagnostic est trop aisé pour qu'il soit nécessaire d'y insister plus longtemps et de le présenter sous forme de tableau synoptique.

Quant au *pronostic*, nous avons vu qu'il est, dans la très grande majorité des cas, fort peu grave: cependant les accidents énumérés plus haut prouvent que la maladie peut quelquefois offrir d'assez grands dangers. Est-il possible de déterminer quels sont les cas de ce genre ? Les auteurs ont pensé que, lorsque les symptômes prenaient une intensité très grande, c'est qu'il y avait complication de scorbut ; mais le fait n'est pas parfaitement démontré. Suivant quelques uns, la maladie est infiniment plus grave chez les enfants que chez les adultes. Sans nier la possibilité du fait, je dirai que je n'ai rien trouvé dans les observations qui prouvât que c'est là autre chose qu'une simple opinion.

§ VII. — Traitement.

On s'est nécessairement beaucoup occupé du traitement de la stomatite mercurielle depuis qu'on n'a plus regardé cette affection comme utile dans la cure de la syphilis, et non seulement on a cherché les moyens les plus propres à enrayer la maladie une fois qu'elle s'est produite, mais encore on a employé un grand nombre de médicaments, dans le but de prévenir cet accident, tout en faisant subir aux malades le traitement mercuriel exigé par leur état. Voyons, sous ce double point de vue, quels ont été les résultats de ces recherches.

1° *Traitement prophylactique.* Suivant M. Lagneau (1), on peut réduire à trois les méthodes qui ont été conseillées pour prévenir le ptyalisme pendant le traitement antivénérien par le mercure. La première consiste à mélanger les préparations mercurielles avec des substances propres à leur ôter leur effet sialagogue ; la seconde, a faire subir au malade, avec la plus grande exactitude, les préparations d'usage avant la prescription du mercure ; enfin, la troisième consiste uniquement à proportionner la dose du mercure à la susceptilité du sujet. Aujourd'hui ce dernier précepte est généralement suivi ; mais il arrive encore assez souvent qu'il est impossible de prévoir d'avance l'effet d'une dose ordinaire de mercure dans des cas particuliers. Sous ce rapport donc, il faut laisser au médecin l'appréciation des divers cas soumis à son observation.

Quant aux deux premiers moyens, il importe de les présenter avec quelques détails. Déjà, en 1755 Raulin (2) avait imaginé d'unir le *camphre* au mercure, afin d'éviter la salivation ; et comme il employait presque exclusivement dans son traitement les frictions avec l'onguent mercuriel, il recommandait d'unir 1,25 *grammes de camphre à* 30 *grammes d'onguent mercuriel.* On a également uni le camphre aux diverses préparations mercurielles données sous forme de pilules, de sirop, etc. ; mais l'expérience a prouvé que cette union n'empêchait pas la salivation de se produire, lorsque la dose du mercure devenait trop considérable.

(1) *Loc. cit.*, p. 109.
(2) *Lettres sur l'alliance du camphre avec le mercure*, etc. Paris, 1755, in-12.

Le *soufre*, que nous retrouverons dans le traitement curatif de la salivation mercurielle, a été également joint au médicament spécifique dans le même but : mais l'expérience a encore démontré qu'il ne fallait nullement se fier à cette association, de telle sorte qu'il serait plus dangereux qu'utile de recommander des médicaments qui pourraient faire négliger les précautions ordinaires, et rendre plus téméraire dans l'emploi du mercure.

Les mêmes réflexions s'appliquent au *sulfure de chaux ammoniacal*. Quant à l'*iode*, il paraît, dans quelques cas, avoir été associé au mercure avec un peu plus de succès. Quelques observations ont été publiées (1) dans lesquelles le mercure uni à l'iode ayant été employé à assez forte dose contre le rhumatisme articulaire et les tumeurs blanches, la salivation s'est rarement montrée ; mais, ainsi que le fait remarquer le rédacteur du journal où ces faits sont rapportés, c'est surtout parce qu'on avait le soin de suspendre le traitement dès qu'une légère irritation se montrait à la bouche, qu'on a évité des accidents plus graves ; et, de plus, M. Gay a échoué par ce moyen dans deux cas soumis à son observation : de sorte qu'en réalité on ne peut avoir qu'une confiance très limitée dans l'emploi de ce moyen.

Les chirurgiens de l'hôpital de la marine de Toulon (MM. Reynaud, Auban et Levicaire) se louent beaucoup du traitement suivant, à l'aide duquel, disent-ils, on obtient d'excellents résultats, tout en évitant la salivation. Ces médecins prescrivent les frictions avec une pommade dont voici la formule :

℞ Onguent mercuriel.........	30 gram.	Hydrochlorate d'ammoniaque.	āā 4 gram.
Hydrate de chaux..........	8 gram.	Soufre sublimé.	

Mêlez. Faites une pommade s. a.

Le traitement ordinaire est de trente à trente-six frictions pratiquées comme il suit :

Le premier et le deuxième jour : une friction de 4 grammes.

Le troisième jour : un bain, point de friction.

Le quatrième et le cinquième jour : une friction de 5 grammes 20 centigrammes.

Le sixième jour, un bain, point de friction. Et ainsi de suite, en augmentant tous les trois jours de 1 gramme 20 centigrammes la dose de la pommade destinée à la friction, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 12 grammes par friction (2).

On voit que l'on n'a pas encore trouvé de substance qui soit réellement propre à neutraliser l'action particulière qu'exerce le mercure sur la muqueuse de la bouche et sur les glandes salivaires.

Quant aux *préparations* que l'on fait subir au malade dans le but de le préserver de la salivation, elles consistent uniquement à lui administrer de légers purgatifs, à lui faire prendre quelques bains, à maintenir la peau perspirable, à entretenir une douce chaleur par des vêtements de laine (gilets, caleçons de flanelle), et à lui prescrire des boissons délayantes et un régime composé d'aliments légers, de facile digestion et très doux, mais on chercherait en vain dans les auteurs une preuve évidente que les sujets ainsi préparés ont résisté plus que les autres à l'effet sialagogue du mercure. Parmi les nombreuses recherches qu'il reste encore à faire

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VII et VIII.
(2) *Journ. de pharm. du Midi*, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IX, p. 203.

sur le traitement de la syphilis, celles-là pourraient trouver leur place. Il en est de même des divers traitements mercuriels considérés comme produisant plus ou moins facilement la salivation ; nous n'avons rien de positif à ce sujet.

2° *Traitement curatif.* Le traitement curatif présente un grand nombre de moyens que nous allons passer en revue. Mais malheureusement nous aurons à regretter bien souvent que le défaut de précision dans les faits nous empêche de rien conclure. On peut encore suivre dans l'exposition de ce traitement la division admise par M. Lagneau. Parmi les médicaments employés dans le but de combattre la salivation une fois établie, il en est, en effet, ainsi que le fait remarquer cet auteur, qui agissent directement sur la bouche, de manière à en détruire l'irritation, d'autres qui sont administrés dans le but de détourner cette irritation sur un autre point, et d'autres enfin qui sont donnés dans l'intention de neutraliser l'action mercurielle.

Médicaments qui agissent localement. On a dû d'abord avoir recours aux *adoucissants* et aux *émollients* pour combattre l'inflammation de la bouche. Aussi, depuis Avicenne jusqu'à nos jours, a-t-on recommandé dans cette maladie les gargarismes adoucissants avec l'eau de guimauve, la décoction de graine de lin, le lait coupé avec l'eau d'orge : gargarismes que quelquefois on a rendus légèrement toniques à l'aide d'une infusion de camomille, de douce-amère, etc. ; mais ces additions n'ont pas une grande importance.

Astringents. Parmi les astringents, il n'en est aucun qui soit plus fréquemment employé que l'*alun.* Ce remède, donné en gargarismes, peut être administré à une assez forte dose ; néanmoins il suffit ordinairement de la prescription suivante :

℞ Eau d'orge............. 300 gram.	Miel rosat............... 30 gram.
Alun calciné............ 8 gram.	

Mêlez. Pour se gargariser trois fois par jour.

Souvent même on peut réduire à 4 grammes la dose d'alun, et chez les enfants elle doit être moitié moindre.

M. Cavarra dit avoir obtenu un succès complet par la formule suivante, dans un cas de salivation mercurielle abondante :

℞ Sulfate acide d'alumine et de potasse............... 8 gram.	Eau pure................ 16 gram.

Mêlez. Pour se gargariser trois fois par jour.

Mais est-il utile d'employer une aussi forte proportion d'alun ?

M. Kortum rend la solution d'alun plus astringente, en prenant pour excipient la décoction d'*écorce de chêne.* Enfin M. Léonard (1) veut qu'on emploie l'alun en poudre appliqué *à sec* sur la muqueuse malade. Pour cela il suffit, après avoir mouillé le doigt, de le charger d'une assez grande quantité d'alun pulvérisé, et de le promener sur les surfaces affectées. Lorsque des ulcérations existent dans des points difficiles à atteindre avec le doigt, à la partie postérieure des mâchoires et derrière les dents, par exemple, on peut imprégner d'alun de petits bourdonnets de charpie, et les placer sur les points ulcérés, en recommandant au malade de ne pas avaler sa salive.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 119.

L'acétate de plomb a été aussi mis en usage par un certain nombre de médecins : c'est à M. de la Bonnardière (1) qu'on attribue d'avoir le premier employé ce médicament, qu'il prescrivait en gargarismes à la dose suivante :

℞ Acétate de plomb liquide.. 60 gram. | Eau.................. 120 gram.

Pour se gargariser trois fois par jour.

Plusieurs médecins assurent avoir employé ce moyen avec succès ; mais aucun n'y attache plus d'importance que M. Sommé (2). Selon lui, la salivation est toujours très heureusement modifiée par le gargarisme suivant, dans lequel la proportion du sel de plomb est beaucoup moins considérable :

℞ Acétate de plomb liquide.. 30 gram. | Eau commune........... 1 kilogr.

Pour se gargariser deux fois par jour.

Cullerier (3) regarde au contraire comme très douteuse l'efficacité de ce moyen ; mais, suivant M. Sommé, le peu de succès obtenu à l'hôpital des Vénériens tient à ce qu'on a employé une trop petite dose d'acétate de plomb. Faute d'observations, il est impossible de se prononcer à ce sujet. M. Sommé conseille, pour faire disparaître les ulcères qui se montrent dans cette maladie, de les toucher avec un petit pinceau chargé d'acétate de plomb liquide pur. Je pourrais encore citer M. Tanchou (4), qui cite une observation dans laquelle une quantité peu considérable d'acétate de plomb (2 grammes sur 2 litres d'eau) lui a suffi pour arrêter promptement une salivation mercurielle abondante.

On voit par ce qui précède combien on est peu d'accord sur l'efficacité réelle de l'acétate de plomb ainsi que de l'alun. Cela tient à ce qu'on n'a pas cherché d'une manière convenable quelle était l'action du médicament, que l'on n'a pas fixé avec précision l'époque de la maladie où on l'a administré, qu'on n'a pas établi le degré de gravité du mal, la quantité de mercure absorbé, etc. Nous allons voir malheureusement que la même négligence a été apportée dans l'appréciation des autres remèdes.

Caustiques. Parmi les caustiques, il n'y a guère que le *nitrate d'argent* et les *acides* qui aient été employés ; encore ceux-ci ne l'ont-ils été que rarement dans un état de concentration suffisant pour produire la cautérisation. Le plus souvent on les a administrés à petite dose dans une grande quantité de liquide, dans le but d'aller neutraliser dans l'économie l'action du mercure. Lorsque l'on veut s'en servir comme caustiques pour toucher les ulcères qui se produisent dans la salivation, c'est l'*acide hydrochlorique* que l'on emploie ordinairement de la manière suivante :

℞ Acide hydrochlorique...... 2 gram. | Miel..................... 4 gram.

Mêlez. A l'aide d'un petit pinceau, touchez rapidement les surfaces excoriées.

M. Ricord (5) emploie la cautérisation avec l'acide hydrochlorique dès le début même de la maladie, alors que les gencives paraissent seules affectées. Il conseille

(1) *Journal général*, ou *Recueil de la Soc. de méd. de Paris*, t. XII.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1823, t. I.
(3) *Dict. des sc. méd.*, art. SALIVATION.
(4) *Journ. des conn. méd.*, année 1837, p. 163.
(5) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1835.

d'avoir recours à une ou plusieurs applications d'*acide hydrochlorique pur* sur ces parties, ce que l'on fait en y promenant rapidement un pinceau chargé de ce acide, et en ayant soin d'essuyer promptement les dents lorsque le caustique les touche. Cet auteur affirme que, par ces cautérisations faites à temps, on évitera quatre-vingt-dix fois sur cent les effets fâcheux d'une salivation déjà commençante. Ce serait certes là un très beau résultat; mais il serait à désirer que M. Ricord nous fît connaître les faits sur lesquels il s'est fondé. Le ptyalisme mercuriel est une maladie trop désagréable et quelquefois trop dangereuse pour qu'il ne soit pas très utile d'exposer dans tous leurs détails les observations qui prouvent l'action des médicaments héroïques.

Pour la cautérisation, M. Cullerier emploie tout simplement le crayon de *nitrate d'argent*, qu'il promène principalement sur les surfaces ulcérées.

Chlorures. Dans une affection où la fétidité de l'haleine est un des phénomènes les plus remarquables, on a été porté naturellement à employer les *chlorures*, d'abord comme désinfectants, et ensuite comme agissant particulièrement sur la muqueuse. M. Darling (1) affirme avoir employé avec beaucoup de succès le *chlorure de soude* contre le ptyalisme mercuriel. En Allemagne, on se sert particulièrement du *chlorure de chaux*, d'après la formule suivante :

℞ Chlorure de chaux........................ 15 gram.

Dissolvez exactement dans :

Eau de fontaine........................ 60 gram.

Clarifiez ; ajoutez :

Alcool.................................... 60 gram.
Huile essentielle de roses.................. 4 gouttes.

Mêlez. Verser une cuillerée à thé de cette solution dans un verre d'eau, et s'en rincer la bouche quatre ou cinq fois par jour.

Moyens divers. Quelques autres substances agissant principalement sur la bouche ont encore été prescrites. Ainsi Swediaur (2) cite un cas de salivation opiniâtre, où l'administration de la *teinture de cantharides* à l'intérieur a paru avoir de bons effets. M. Bayle (3) rapporte deux cas semblables, dans lesquels on a simplement prescrit la *mastication de la cannelle*, et M. Geddings a préconisé le gargarisme suivant :

℞ Huile de térébenthine...... 8 gram. | Mucilage de gomme arabique 240 gram.

Mêlez.

Ces médicaments n'ont point été assez fréquemment expérimentés pour qu'on puisse se prononcer sur leur action.

M. le docteur Robertson, de Harrodsburgh (4), n'accorde, parmi tous les moyens qu'il a mis en usage, et ils sont nombreux, d'efficacité réelle qu'aux feuilles d'*ambrosia trifida*, qu'il emploie de la manière suivante :

(1) *Lond. med. Repos*, février 1826.
(2) *Traité complet des malad. syphil.* Paris, 1817, t. II.
(3) *Revue médicale*, t. IV, 1828.
(4) *The Amer. Journ. of the med. sc.*, octobre 1846.

℞ Feuilles vertes d'ambrosia trifida .... 1 poignée.

Faites infuser dans :

Eau .... 500 gram.

Pour se laver la bouche et la gorge toutes les demi-heures.

Les faits que cite cet auteur ont besoin d'être appuyés par de nouvelles observations.

Emissions sanguines. Il est rare que l'on emploie les émissions sanguines dans cette maladie, c'est pourquoi je n'en avais pas encore parlé. Cependant, lorsque l'inflammation est très intense et le gonflement des glandes salivaires très considérable, on a recours à l'application de quinze à vingt *sangsues* à la base de la mâchoire, et quelquefois même à la *saignée générale.*

Moyens dérivatifs. Viennent ensuite les médicaments administrés dans le but de détourner l'inflammation, en produisant une irritation sur un autre point. C'est dans cette intention qu'on prescrit les *purgatifs.* On attribue à Lemenar, médecin espagnol, d'avoir le premier employé cette méthode. Généralement, on met les purgatifs en usage dans le cours de la maladie, surtout parce qu'on a remarqué que les selles étaient souvent fort difficiles et peu abondantes. Lorsque l'inflammation de la bouche est peu considérable, il suffit d'un faible purgatif, tel que la décoction légère de follicules de séné, ou 35 grammes de manne, dans une tasse de lait, etc.; mais lorsqu'on sent la nécessité de porter une irritation plus vive sur la muqueuse intestinale, il faut ordonner des médicaments plus énergiques : ainsi on prescrira 30 *grammes de sulfate de soude ou de magnésie*, à prendre en trois fois dans de l'eau de chicorée ; ou bien les pilules purgatives suivantes, recommandées par M. Lagneau :

℞ Savon médicinal .... 60 gram.
Rhubarbe en poudre .... 45 gram.
Aloès en poudre fine .... 15 gram.

Faites, selon l'art, des pilules de 0,30 grammes. Dose : de trois à six par jour.

Il est inutile de multiplier ces formules.

Les *vomitifs* ont été également mis en usage. Ainsi Read a rapporté cinq observations dans lesquelles, sous l'influence d'un émétique, la salivation mercurielle s'est promptement améliorée et a disparu assez vite. Il serait à désirer que de nouvelles observations fussent recueillies à ce sujet. Mais souvent on n'emploie pas ces moyens à la dose vomitive, et on les donne de manière à produire seulement une légère irritation sur le tube intestinal. C'est ainsi que le docteur Finlay (1) prescrit *seulement de* 10 *à* 12 *milligrammes de tartre stibié* dissous dans l'eau, et administré tous les deux heures. Il assure être souvent parvenu à arrêter promptement, par ce moyen, la salivation. Dans tous les cas, ajoute-t-il, le médicament a constamment procuré un soulagement marqué en vingt-quatre heures, et il a particulièrement réussi à faire disparaître la douleur de la bouche et du gosier dans le même espace de temps. Dans un cas, en particulier, le tartre stibié ainsi administré a triomphé d'une salivation qui durait depuis trois mois. Donnée à plus haute dose, cette substance n'avait point eu le même succès. Il est à regretter que dans les faits qu'il a présentés, M. Finlay n'ait point suffisamment insisté sur le début de la ma-

(1) *North. Amer. Journ.*, etc., et *Nouv. bibl. méd.*, mars 1828.

ladie et sur l'époque à laquelle le traitement a été commencé. Néanmoins ces faits sont très intéressants et méritent d'être publiés.

Plus récemment le docteur Maxwell (1) a préconisé le même médicament administré à doses fractionnées dans une grande quantité de liquide bien chaud.

Il faut ajouter à ces remèdes propres à détourner l'irritation sur d'autres organes les *rubéfiants* et les *vésicants*, assez fréquemment employés : des pédiluves sinapisés très chauds; des bains chauds même sont prescrits dans le but d'attirer vers la peau cette irritation. On peut, pour rendre le pédiluve plus actif encore, l'administrer avec 30 *grammes d'acide hydrochlorique.*

Les *ventouses sèches et scarifiées*, recommandées par Massa, s'appliquent à la nuque, aux épaules ou aux bras. Il en est de même des *vésicatoires*, qui, d'après M. Lagneau, ont souvent des effets avantageux. On peut également faire pratiquer sur les différentes parties du corps des *frictions* sèches ou rendues excitantes par quelques médicaments. Je n'insisterai pas sur ces moyens, qui sont peu énergiques, et dont l'action est très imparfaitement connue.

Moyens propres à neutraliser l'action du mercure. Enfin restent les substances que l'on a introduites dans l'économie, dans le but de neutraliser l'action du médicament. Le *soufre* est celle qu'on a d'abord administrée, pensant qu'introduit dans les organes, il irait former avec le mercure un sulfure non nuisible. Le docteur Sundelin a prescrit un *sulfure de magnésie mêlé à l'acide tartrique*, dans les proportions suivantes :

℞ Sulfure de magnésie......	4 gram.	Sucre blanc............	5,20 gram.
Acide tartrique.........	2,40 gram.		

Mêlez. Réduisez en poudre, et divisez en douze paquets, dont on prendra un toutes les trois heures.

Cullerier prescrivait le *soufre sublimé* sous forme de pastilles et d'après la formule suivante :

℞ Fleurs de soufre.........	64 gram.	Mucilage.............	āā Q. s.
Sucre.................	500 gram.	Eau de fleurs d'oranger..	

F. s. a. des pastilles de 4 ou 5 grammes. Dose : huit ou dix par jour.

Le docteur Wedekind prescrit le *soufre en poudre* de la manière qui suit :

℞ Soufre lavé...............	1,20 gram.	en poudre..........	āā 1,20 gram.
Racine de calamus aromaticus		Sucre blanc...........	

Mêlez. Divisez en six paquets. Dose : un tous les soirs.

L'utilité de ce médicament est fondée, comme nous l'avons vu, sur une pure hypothèse. Reste à savoir maintenant quelle a été son action réelle dans les cas où on l'a employé. Malheureusement, les observations à ce sujet sont tout à fait insuffisantes.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'*iode*, qui a été administré par un grand nombre de médecins, surtout en Allemagne. Je citerai en particulier les docteurs Kluge (2), Heyfelder, Rust, qui attribuent à l'iode une grande efficacité. Voici la formule du docteur Kluge :

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 octobre 1850.
(2) *Allg. med. Zeit.*, février 1833.

℞ Iode très pur......... 0,25 gram.	Alcool rectifié............. 8 gram.

Faites dissoudre et ajoutez :

Eau de cannelle........... 75 gram.	Sirop simple............. 15 gram.

Dose : une demi-cuillerée et plus tard une cuillerée entière, quatre fois par jour.

Tous les médicaments qui précèdent auraient besoin d'être expérimentés avec plus de méthode et de soin qu'ils ne l'ont été. On devrait surtout ne pas oublier que la salivation mercurielle, lorsqu'on a fait cesser la cause qui l'a produite, tend naturellement à la guérison ; que, par conséquent, dire que le ptyalisme a guéri pendant l'emploi de tel ou tel médicament, c'est absolument ne rien dire du tout, et qu'il faut, pour que l'efficacité du remède soit démontrée, que la maladie ait été évidemment arrêtée dans un nombre considérable de cas; que les accidents graves aient été prévenus; en un mot, qu'il faut tirer les preuves de la marche même de la maladie.

Relativement aux *acides pris à l'intérieur*, je dirai seulement que, dans les divers traitements qui précèdent, on fait fréquemment entrer l'usage d'une *limonade minérale avec les acides sulfurique*, *nitrique*, etc. M. le docteur Wendt a employé même l'acide phosphorique ainsi qu'il suit :

℞ Acide phosphorique affaibli. 8 gram.	Sirop de framboises........ 15 gram.
Décocté de salep.......... 180 gram.	

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

L'action de ce dernier médicament est beaucoup trop incertaine pour que, dans l'état actuel de la science, on puisse engager les médecins à y avoir recours.

Quant à l'*opium*, son mode d'action n'est pas suffisamment connu. Le docteur Graves (1), après avoir administré vainement, contre une salivation spontanée abondante, les purgatifs et les gargarismes astringents, eut recours à l'opium donné à la dose de 0,05 *grammes de quatre heures en quatre heures*, et il vit disparaître la maladie. Dans les cas de salivation mercurielle, ce moyen aurait-il le même succès? Aujourd'hui on l'emploie assez rarement, parce que des essais entrepris à l'hôpital des Vénériens n'ont point été favorables à l'action de ce médicament, que Boerhaave avait fortement recommandé. La dose à laquelle cet auteur célèbre administrait l'opium était de 0,20 à 0,25 grammes par jour. Je n'en dirai pas davantage sur cette substance, dont la valeur thérapeutique ne nous est pas suffisamment connue.

Résumé : ordonnances. Je viens de passer en revue les différentes médications les plus usitées dans le traitement d'une maladie souvent assez rebelle. On a vu qu'il existe encore bien des doutes sur les moyens le plus généralement employés. Ces doutes ne pourront être levés que lorsque des recherches très exactes et comparatives auront fait apprécier d'une manière rigoureuse l'action de chacune des substances prescrites. Jusque-là il faut mettre à la fois en usage un certain nombre des médicaments préconisés, comme je le montrerai dans les ordonnances qui vont suivre. Mais qu'on n'oublie pas que, dans l'état actuel de la science, ce qu'il y a de mieux à faire est d'éviter, par beaucoup de prudence dans le traitement des maladies vénériennes, le ptyalisme mercuriel. Il faut surtout surveiller très attentivement l'action des frictions, principalement lorsqu'on les pratique sur des surfaces exulcérées. Dès que le malade se plaint de quelque sensibilité autour du collet des dents,

(1) *Dublin Journ. of the med. and surg. sc.*, 1833.

il faut examiner avec soin les gencives, et, si l'on aperçoit le moindre signe d'une salivation commençante, il faut suspendre le traitement jusqu'à ce que les accidents soient entièrement dissipés. Ainsi, on pourra éviter l'apparition d'une maladie qu'il est ensuite assez difficile de faire disparaître avant qu'elle ait terminé son cours.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE SALIVATION COMMENÇANTE.

1° Pour tisane, eau d'orge miellée.

2° Une bouteille d'eau de Sedlitz ou un purgatif plus énergique.

3° Faites un petit pinceau de charpie ; imbibez-le d'acide hydrochlorique ; promenez-le rapidement sur les gencives, en ayant soin d'essuyer exactement les dents qui sont touchées par l'acide (Ricord).

4° Pédiluves sinapisés ou rendus excitants par l'addition de 30 grammes d'acide hydrochlorique.

5° Faire usage, quatre ou cinq fois par jour, du gargarisme suivant :

Eau d'orge	300 gram.	Sirop de mûres	30 gram.
Alun	5 gram.		

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE SALIVATION ASSEZ AVANCÉE, ET D'INTENSITÉ MOYENNE.

1° Pour tisane, limonade tartrique.

2° Se gargariser souvent avec :

℞ Acétate de plomb liquide	30 gram.	Eau commune	1 kilogr.

3° Si le gonflement des glandes salivaires est très considérable, appliquer quinze ou vingt sangsues à la base de la mâchoire.

4° Administrer les pastilles de soufre de Cullerier ou la poudre de soufre du docteur Wedekind (voy. p. 231).

5° Prescrire l'émétique à doses fractionnées, suivant la méthode de M. Finlay (voy. p. 230).

6° Pédiluves ; frictions, *ut suprà.*

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE STOMATITE MERCURIELLE GRAVE ET REBELLE, AVEC ULCÉRATIONS.

1° Pour tisane, limonade sulfurique.

℞ Acide sulfurique	4 gram.	Eau	1500 gram.

A boire par grands verres, avec addition dans chaque, de :

℞ Sirop de gomme .... 30 gram.

2° ℞ Tartre stibié	0,05 gram.	Ipécacuanha	1 gram.

Divisez en deux paquets, à prendre à une demi-heure d'intervalle.

3° Touchez les ulcérations avec l'acétate de plomb liquide pur (Sommé) ; ou bien avec le nitrate d'argent (Cullerier) ; ou avec un mélange de miel et d'acide hydrochlorique ou nitrique dans la proportion de 1 partie d'acide sur 2 parties de miel.

4° Gargarismes astringents avec l'alun, l'acétate de plomb, ou bien le chlorure de chaux (voy. pages 227, 228 et 229).

5° Un vésicatoire entre les épaules ; ventouses sèches, frictions excitantes sur diverses parties du corps, et principalement sur les épaules ; pédiluves sinapisés, etc.

Tels sont les cas les plus importants qui s'offrent à l'observation. Pour les autres, il sera facile de faire des ordonnances particulières. Je n'ai pas besoin d'ajouter, relativement au *régime*, qu'il doit être très léger. Lorsque l'inflammation de la bouche est très considérable, les malades ne peuvent prendre que des aliments liquides; et lorsqu'il existe de la fièvre, on doit prescrire la diète absolue.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement prophylactique.* Unir le mercure aux substances suivantes, dans le traitement de la syphilis : au camphre, au soufre, aux sulfures, à l'iode, à l'hydrate de chaux, à l'hydrochlorate d'ammoniaque; faire subir aux malades des préparations qui rendent la peau plus perméable; s'arrêter dans l'administration du mercure dès qu'il a produit une sensibilité inaccoutumée des dents et des gencives.

2° *Traitement curatif.* Astringents; caustiques; chlorure; excitants divers; émissions sanguines; purgatifs; vomitifs; rubéfiants; vésicants; soufre; sulfures; iode; acides; opium; ambrosia trifida.

ARTICLE IV.

MUGUET.

Quoique quelques auteurs des derniers siècles aient remarqué certains caractères particuliers du muguet, il faut arriver aux travaux de Guersant, Billard et de M. Lélut, pour trouver une description positive de cette affection. Jusqu'alors une confusion plus ou moins grande a existé dans son histoire. En vain on a voulu attribuer à Boerhaave, à Van-Swieten, etc., l'honneur d'avoir distingué le muguet de toutes les affections; il suffit de lire leurs descriptions pour voir qu'ils n'en avaient qu'une idée très vague, et qu'ils ne savaient pas la séparer des aphthes, bien qu'ils lui reconnussent quelque chose de spécial. C'est donc dans les ouvrages modernes qu'il faut chercher des renseignements exacts sur cette affection. En 1838, j'ai publié mes recherches sur le muguet (1), et depuis j'ai vu la description que j'en ai donnée adoptée en grande partie. Je suis donc autorisé à en faire ici amplement usage, tout en signalant les opinions particulières des principaux auteurs sur un petit nombre de points.

Dans ces recherches, j'ai principalement insisté sur un fait général qui m'a paru très important. Dans l'analyse des observations, je vis tout d'abord que le muguet n'était pas une pure stomatite; que la maladie était beaucoup plus générale, et qu'elle s'étendait à une très grande partie du tube intestinal. Depuis lors, malgré quelques objections que je discuterai plus loin, je me suis convaincu par de nouveaux faits que si, comme l'affirment quelques uns des auteurs les plus compétents en cette matière, cette règle n'est pas sans exception, du moins l'exception est rare. Ma manière de voir n'a donc pas changé, car des exceptions plus nombreuses encore ne sauraient détruire une règle fondée sur des observations exactes; et cependant je place parmi les affections de la bouche cette maladie qui n'est point limitée à la cavité buccale. Voici mes motifs : L'usage étant depuis bien longtemps établi de ranger le muguet parmi les stomatites, c'est parmi elles que le lecteur viendra d'abord la

(1) *Clinique des maladies des enfants nouv.-nés*, chap. III.

chercher; et, en second lieu, si la lésion de la bouche n'est pas toute la maladie, du moins elle en est un caractère des plus constants et des plus frappants. Ces raisons m'ont paru d'autant plus suffisantes pour me déterminer à agir ainsi, que la question de savoir si une affection doit être placée dans tel ou tel point du cadre nosologique est en réalité d'une importance secondaire pour le praticien. L'essentiel, c'est qu'il puisse en trouver facilement la description. Ces réserves faites, je peux passer à l'étude de la maladie.

Faut-il, avec Billard, diviser le muguet en autant d'espèces qu'on lui trouve de siéges différents, et décrire le muguet de la bouche, de l'œsophage, de l'intestin? Non, sans doute, puisque l'étude de la maladie nous fera voir que ces parties sont envahies successivement dans le cours d'une seule et même affection, et que l'étendue du muguet dans le tube intestinal est seulement en raison directe des progrès du mal. Mais, puisque l'on voit quelquefois le muguet borné à la bouche, ne conviendrait-il pas de distinguer ces cas, sous le nom de *muguet idiopathique*, de ceux où la maladie locale n'est qu'une conséquence d'une maladie plus générale, et donner à ces derniers le nom de *muguet symptomatique?* Dans la description suivante, on verra que cette distinction n'a pas l'importance qu'on pourrait lui attribuer au premier abord.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le muguet est une maladie particulièrement caractérisée par une exsudation concrète de la muqueuse buccale, et qui donne, en outre, ordinairement lieu à un grand nombre d'autres symptômes du côté du tube digestif, dont plusieurs autres points peuvent être envahis par la production pseudo-membraneuse.

Les noms d'*aphtha lactantium* (Plenck), *aphtha lactamen* (Sauvages), *aphtha infantilis* (Bateman), donnés à cette affection, prouvent combien on était peu éclairé sur sa nature; Auvity (1) n'était pas mieux fixé sur ce point lorsqu'il a décrit le muguet sous le nom de *maladie aphtheuse des nouveau-nés.* On lui a aussi imposé les noms de *millet* et de *blanchet*, à cause de la forme et de la couleur de l'exsudation pseudo-membraneuse : celui de *muguet* lui a été donné pour les mêmes raisons; et enfin Billard l'a décrite sous le titre de *stomatite pseudo-membraneuse*, qui ne lui convient ordinairement pas, ainsi que je l'ai déjà dit. De toutes ces dénominations, celle qu'il faut conserver est celle de *muguet*, sous laquelle la maladie est le plus généralement connue.

La *fréquence* du muguet est très grande dans les hospices destinés aux enfants trouvés, et très peu considérable au dehors; nous verrons plus loin à quelle influence il faut attribuer cette différence si remarquable.

Dans la description suivante, j'exposerai d'abord ce qui concerne le *muguet des enfants*, car c'est à cet âge que la malade est réellement importante; puis j'indiquerai rapidement ce qui est relatif au muguet des adultes.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On a observé le muguet à tous les âges de la vie, mais dans des proportions très différentes. L'immense majorité des cas cités appartient aux deux premiers mois

(1) *Mém. de la Soc. royale de méd.* Paris, 1787-88.

de l'existence. D'où il suit que, chez les enfants plus âgés, et surtout chez les adultes et les vieillards, c'est une maladie comparativement rare. Guersant et M. Blache (1) remarquent que, dans les cas où la maladie se montre après la première enfance, elle est presque toujours compliquée de quelque autre maladie plus ou moins grave. Je vais plus loin, et je dis qu'il n'existe pas un seul fait bien authentique qui prouve qu'en pareil cas la maladie soit autre chose qu'une affection secondaire surajoutée à l'affection principale. Les faits rassemblés dans l'intéressant mémoire de M. Blache (2) viennent en particulier à l'appui de cette manière de voir, que j'aurai occasion de rappeler plus loin. Après les premiers mois de la vie, le muguet peut-il se présenter dans les mêmes conditions que chez les nouveau-nés, ou n'est-il que la conséquence d'une affection chronique, comme chez l'adulte? C'est ce que semblent démontrer quelques observations citées par les auteurs; mais ce fait a besoin d'être confirmé.

Relativement à la *constitution*, j'avais trouvé, par l'analyse des faits, qu'on ne pouvait voir ni dans la force ni dans la faiblesse des enfants une prédisposition au muguet. Cependant plusieurs auteurs sont d'une opinion contraire, et M. Godinat l'a exprimée formellement. Guersant et M. Blache, qui partage cette dernière manière de voir, pensent que je suis tombé dans l'erreur, parce que disent-ils, je fais commencer l'affection trop tôt, en regardant comme le début même de la maladie le dévoiement et l'affaiblissement, qui souvent, au contraire, existent longtemps auparavant. Mais c'est là une question qu'on ne peut résoudre qu'en prouvant que la succession des symptômes, telle que je l'ai établie, est mal fondée, et que les premiers accidents ne tiennent pas à la maladie principale. Ne pourrait-on pas, de la même manière, en avançant que la variole et la scarlatine commencent seulement au moment de l'éruption, dire que ces exanthèmes se développent uniquement chez des sujets affectés de maladies fébriles, sauf à accuser de faire remonter la maladie trop haut celui qui, tenant compte des phénomènes de l'invasion, établirait une opinion contraire? Je fais des vœux pour que de nouveaux observateurs cherchent à éclairer cette question importante; car il ne s'agit de rien moins que de pouvoir attaquer le muguet à son début. Personne, plus que moi n'estime les travaux des deux auteurs que je viens de citer; mais puisque j'ai laborieusement fondé mon opinion sur des faits recueillis avec une scrupuleuse exactitude, il m'est permis de demander, pour me convaincre, des preuves de la même nature. Qu'on démontre la vérité par des faits, et je m'empresserai de la reconnaître, qu'elle soit ou non conforme à ma manière de voir.

Ce que j'ai à dire des *conditions hygiéniques*, comme causes prédisposantes du muguet, prouvera que je ne n'ai nullement fait de la question précédente une question d'amour-propre, car le salut des enfants en dépend. Parmi ces conditions hygiéniques, une seule m'a paru avoir une influence réelle, c'est la *mauvaise alimentation*. A l'époque où je publiai mes premières recherches, je ne pouvais émettre que des probabilités à ce sujet; depuis, j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois le muguet, soit à Lourcine, soit en ville, et j'ai toujours noté que les enfants avaient été mis à une nourriture féculente. D'un autre côté, je n'ai jamais vu un enfant nourri exclusivement au sein pendant les premiers mois présenter

(1) *Dict. de méd.*, t. XX, art. Muguet.

(2) *Rech. sur une prod. part. de la membr. muq. de la bouche*, etc., thèse. Paris, 1821.

cette affection, à moins que le lait de la nourrice ne fût mauvais pour lui. Il est à désirer que ces recherches se multiplient.

Le défaut de propreté, de soins, d'un exercice journalier à l'air pur, la nourriture au biberon ou à la cuiller, exercent-ils une influence semblable ? Il est permis de le penser, puisque ce sont là précisément les conditions dans lesquelles se trouvent les enfants des hospices, si souvent atteints du muguet ; mais les preuves directes ne sont pas suffisantes. En somme, quoique les recherches manquent d'une certaine précision qu'elles auront par la suite, il faut du moins l'espérer, il n'est pas douteux que les conditions hygiéniques mauvaises dans lesquelles se trouvent les enfants ne soient la principale cause du muguet ; car, par voie d'exclusion, on est forcé d'arriver à cette conclusion. Or, s'il en est ainsi, on sent combien serait dangereuse l'opinion que je combattais plus haut, en supposant qu'elle ne soit pas fondée. Si, en effet, on admettait que les enfants forts et robustes ne sont que rarement affectés du muguet, on pourrait être plus indifférent sur l'hygiène relativement à eux, tandis que, dans l'opinion fondée sur mes recherches, tous les enfants sans exception ont besoin des mêmes précautions pour échapper à la maladie.

J'ai pu rechercher l'influence des *saisons* sur un grand nombre de malades, et j'ai vu que plus de la moitié des cas avaient eu lieu dans les *trois mois les plus chauds* de l'année : proportion immense qui établit le fait sur des bases solides.

On a vu ce que j'ai dit plus haut relativement à l'*état antérieur de santé* des enfants. Sans doute le muguet peut attaquer les jeunes sujets présentant déjà d'autres affections ; mais les attaque-t-il avec plus de facilité que les autres? C'est ce qui n'est pas encore démontré par des observations concluantes.

On sait que le *muguet des adultes* se développe dans le cours des maladies graves, aiguës ou chroniques. Cette lésion se manifeste lorsque la maladie a fait d'assez grands progrès, et que la faiblesse est considérable.

2° Causes occasionnelles.

D'après ce qui précède, on est porté à admettre qu'une *nourriture féculente*, peu en rapport avec l'état des organes digestifs des nouveau-nés est la cause qui détermine le plus facilement l'apparition du muguet. Les autres conditions hygiéniques mauvaises ne font sans doute qu'ajouter à la facilité de cette apparition.

Plusieurs auteurs pensent que l'allaitement avec des *bouts de sein artificiels trop durs*, un *sein malade*, un *mamelon trop peu développé*, un *lait de mauvaise qualité*, l'*abus des purgatifs*, sont des causes occasionnelles de la maladie. Je ne dirai pas que l'action de ces causes soit impossible, mais l'observation n'a pas encore suffisamment parlé sur ce point.

On a vu, par ce que j'ai dit du grand nombre d'enfants affectés de muguet en un court espace de temps, que cette maladie se présente avec des caractères en apparence *épidémiques*. Le sont-ils réellement ? Les épidémies ont ordinairement une cause générale inconnue, et les faits précédents démontrent ici l'action, sur un grand nombre d'individus, d'une cause particulière. Ce ne serait donc pas là une véritable épidémie. Cependant on peut, jusqu'à un certain point, soutenir cette

opinion, à cause de la prédisposition particulière acquise par les enfants à une certaine époque de l'année.

Toujours est-il que le muguet affecte à la fois un nombre considérable d'individus. Cette circonstance a fait naturellement penser que la maladie était *contagieuse*. Mais cette contagion n'est établie sur aucun fait positif. Quant à moi, j'ai vu des enfants très éloignés les uns des autres, sans contact entre eux, être affectés en même temps, et d'autres, au contraire, ne pas gagner le muguet, quoique nourris avec la même cuiller que les enfants malades. Ces faits sont contraires à la contagion, que l'on est en droit de révoquer au moins en doute, jusqu'à ce que d'autres faits soient venus démontrer la vérité de la proposition contraire. Je tiens, cependant, de M. le docteur Natalis Guillot, que des recherches récentes lui ont prouvé la nature contagieuse de l'affection ; mais il n'a encore rien publié à ce sujet.

Chez les *adultes*, on n'a pas trouvé de cause occasionnelle évidente.

§ III. — Symptômes.

Muguet chez les enfants. Il est très important de fixer le début de cette affection. Les auteurs ne le font pas remonter au delà de l'apparition des premiers symptômes du côté de la bouche. L'analyse de mes observations m'a prouvé qu'il n'en était pas ainsi. Voici ce qu'elles m'ont appris.

Début. Dans la grande majorité des cas, il survient, quelques jours avant l'apparition de l'exsudation pseudo-membraneuse de la bouche, un *érythème* des fesses, quelquefois très étendu, très vif et se propageant aux cuisses. On a dit que cet érythème était dû au contact des fèces sur ces parties, lorsqu'il y avait diarrhée. J'ai vu dans quelques cas cet érythème survenir chez les petits malades sans qu'il y eût aucune apparence de diarrhée. Quant au contact de l'urine et des matières fécales, sans nier que ce soit la cause déterminante du symptôme, je ferai observer que l'érythème ne se produit chez les autres sujets qu'avec beaucoup de difficulté ; qu'il est généralement, dans les cas qui nous occupent, beaucoup plus intense et plus étendu, et que, par conséquent, il y a dans ces cas une bien plus grande tendance à sa production, ce qui est un des caractères de la maladie. Peu de jours après survient une *diarrhée* plus ou moins abondante ; le *mouvement fébrile* se déclare, et enfin apparaissent les premiers symptômes buccaux. Dans quelques cas, il est vrai, les choses ne se passent pas absolument ainsi, et les symptômes du côté du tube digestif apparaissent presque tous à la fois. Mais la règle générale que je viens d'indiquer n'en existe pas moins, et il y a une liaison telle entre les symptômes dont il s'agit, ils se succèdent si régulièrement, qu'on ne peut, sans apporter en preuve de nouveaux faits bien observés, se refuser à faire remonter le début de l'affection à l'apparition des premiers phénomènes dans la partie inférieure du canal intestinal. Toutes les pneumonies ne commencent pas par des troubles digestifs et un violent mouvement fébrile, et cependant, lorsqu'il en est ainsi, on n'hésite pas à fixer le début au moment où ces symptômes se montrent.

Quelques auteurs ont cité des faits en faveur de l'existence d'un muguet purement local, qui commence par les symptômes de la bouche et reste borné à cette cavité. Ces faits prouvent que, dans certaines circonstances qui nous sont inconnues, le muguet, ordinairement symptomatique, se montre sous la forme idiopathique. Il peut se faire, quoique je n'en connaisse pas d'exemples, que le muguet

des nouveau-nés soit symptomatique d'une affection étrangère à la cavité buccale: dans ces cas, que l'on pourrait comparer à ceux qu'on a observés chez les adultes, on observerait d'abord nécessairement les symptômes propres à la maladie primitive; mais il y aurait-il aussi des symptômes du côté de la partie inférieure du tube digestif?

Symptômes. Je crois devoir diviser la maladie, sous le rapport de la description des symptômes, en deux périodes, parce qu'il survient un moment où les principaux phénomènes changent totalement, et où les enfants présentent un état de collapsus qui ne ressemble en rien à l'état d'excitation qui a été noté jusqu'alors.

La maladie une fois établie, on constate les symptômes suivants, du moins dans les cas de muguet grave, tel qu'on l'observe à l'hospice des Enfants-Trouvés:

Première période. La *bouche* rougit, excepté dans des cas rares où le muguet est très peu abondant. La *rougeur* est surtout remarquable sur la langue; elle fait des progrès sensibles à mesure que l'exsudation pseudo-membraneuse prend de l'extension. Lorsque, dans le cours de la maladie, on enlève mécaniquement le muguet, la langue devient d'un rouge de sang, et prend un aspect lisse et poli, comme si, après l'enlèvement de l'épithélium, il s'en était formé un nouveau. Souvent même l'arrachement de la fausse membrane occasionne un léger écoulement de sang qui se manifeste par des gouttelettes isolées, et finit par couvrir la langue.

Les *papilles de la langue* se gonflent et deviennent notablement saillantes peu de temps après l'apparition de la rougeur; assez souvent même ces deux phénomènes se montrent en même temps. Le gonflement des papilles va ensuite en augmentant jusqu'à ce que les symptômes du collapsus viennent à se manifester, époque à laquelle elles s'affaissent, en même temps que la rougeur diminue. On vient de voir que l'enlèvement mécanique du muguet les fait disparaître.

Un ou deux jours après, dans la grande majorité des cas, l'*exsudation pseudo-membraneuse* se montre. Elle se présente d'abord sous forme de grains qui paraissent sur la langue au sommet des papilles gonflées; puis sous forme de petites masses, sur la face interne des lèvres et des joues, et de feuillets sur la voûte palatine et le voile du palais. Au bout d'un temps ordinairement court (trois ou quatre jours), les grains et les plaques augmentent de largeur et d'épaisseur, se rapprochent et forment une couche plus ou moins épaisse, qui recouvre en tout ou en partie la cavité buccale. C'est principalement sur la langue que le muguet se montre sous forme de couches considérables. Le *siége primitif* de cette altération a été recherché par M. Lélut (1). Il pense qu'il s'accumule au-dessous de l'épithélium une production morbide, qui, rompant ensuite la pellicule, fait saillie à l'extérieur. Les choses paraissent, en effet, se passer ainsi, car d'abord le grain de muguet observé sur la face interne des lèvres se montre lisse à sa surface. Mais quand on en enlève le point blanc, on ne trouve aucune substance au-dessous, ce qui peut faire admettre qu'il s'agit d'une altération de l'épithélium lui-même, altération dont M. Lélut ne rejette pas la possibilité.

Lorsque le muguet est rassemblé en masses volumineuses et en couches, on trouve la production morbide avec les caractères suivants: C'est une matière ordinairement blanche, quelquefois jaunâtre, et, d'après quelques auteurs, présentant parfois

(1) *Mém. sur le muguet* (*Répert. d'anat. et phys. path.* Paris, 1827, t. III, p. 90, et t. IV, p. 10).

une couleur plus foncée. Elle est molle, s'écrase sous les doigts comme du fromage frais, ne présente aucune trace d'organisation, et ne tient aux parties sous-jacentes par aucun filament. Cependant on a vu plus haut que parfois on éprouvait une assez grande difficulté à l'arracher. Lorsqu'on l'enlève, elle a une grande tendance à se reproduire. Sa présence occasionne une telle gêne, que les enfants font avec la langue des mouvements continuels comme s'ils voulaient se débarrasser du corps étranger. Il y a une sorte de mâchonnement qui est d'autant plus marqué et plus persévérant, que la couche pseudo-membraneuse est plus considérable. Lorsque le muguet ne consiste qu'en quelques grains épars, ce symptôme n'a pas lieu.

On ne peut pas douter de l'existence d'une *douleur* assez vive de la bouche, et proportionnée à l'intensité du mal. Lorsqu'on introduit le doigt dans la bouche, l'enfant, si la lésion locale est considérable, loin de le serrer, ouvre largement les mâchoires, se rejette en arrière et pleure. Dans le cas contraire, il exerce quelques mouvements de succion, et lâche bientôt prise. Il en est de même lorsqu'on veut lui faire prendre le sein ou le biberon.

La *chaleur* de la bouche n'est notable que dans les cas très graves. Elle ne se montre qu'à une époque limitée du cours de la maladie, et vers la fin, elle est remplacée par un *froid* remarquable de cette partie.

Cependant l'*humidité* de la paroi buccale peut être conservée, quoique plus souvent encore elle présente une *sécheresse* marquée, et l'on peut noter la présence d'un enduit ordinaire de la langue, bien différent de l'exsudation caractéristique.

Enfin on observe dans la cavité buccale une autre lésion bien digne de remarque : c'est l'apparition d'une ou de plusieurs *ulcérations*, à fond blanc, jaune ou rouge, à bords taillés à pic, ovalaires, siégeant sur la ligne médiane du palais ou au frein de la langue. Ces ulcérations se montrent, dans la majorité des cas, avant même l'apparition des premiers grains du muguet, et il n'est pas rare de les voir guérir dans le cours de la maladie, alors même que la terminaison est fâcheuse.

Lorsque le voile du palais et la base de la langue sont envahis par une grande quantité de muguet, on observe des *vomissements* opiniâtres, formés de matières incolores, qui ne sont autre chose que les matières alimentaires ou les boissons ingurgitées. Sans doute la présence du muguet dans l'œsophage est aussi pour beaucoup dans ces vomissements ; mais à une époque moins avancée de la maladie, lorsque les symptômes sont très intenses, on note dans quelques cas des vomissements jaunes ou verdâtres qui coïncident avec une sensibilité marquée de l'épigastre, et qui dénotent l'inflammation de l'estomac. Alors, en effet, il n'y a encore dans le pharynx ni dans l'œsophage rien qui puisse les déterminer.

Le *ventre* est sensible et tendu dans la grande majorité des cas. C'est à une époque assez avancée de la maladie que se manifestent ces phénomènes. La percussion démontre que la tension est due à une accumulation de gaz dans les intestins. Une *douleur* plus ou moins vive occupe l'abdomen ; d'abord bornée à la fosse iliaque droite et à l'épigastre, elle s'étend, lorsque la maladie est intense, à tout l'abdomen (1). Cette douleur est dénotée par la pression, dans la majorité des cas. Mais quelquefois on voit les enfants se tordre, s'agiter, et pousser des cris

(1) Voy., pour la constatation de cette douleur, le chapitre de ma *Clinique des enfants nouv.-nés*, consacré à l'exploration clinique.

avant l'expulsion des selles, puis rester dans le calme, ce qui doit faire admettre l'existence de *coliques* plus ou moins vives. C'est au moment de l'apparition des premiers grains de muguet qu'on voit se manifester ce symptôme. Il est difficile de savoir si l'*appétit* est diminué ou perdu, ou si l'enfant refuse les aliments à cause de la douleur de la bouche. L'existence des symptômes fébriles doit faire admettre celle de ces symptômes digestifs.

Les *selles*, d'abord demi-liquides, deviennent bientôt nombreuses, abondantes, liquides, ordinairement jaunes d'abord, puis vertes, quelquefois vertes dès le commencement. Il n'y a eu dans les cas que j'ai observés qu'une seule exception à cette règle. Elle s'explique par la bénignité de la maladie, et de plus, il faut noter que, dans ce cas exceptionnel même, plusieurs autres symptômes du côté de l'estomac et des intestins n'en existaient pas moins. Jamais je n'ai pu constater la présence du muguet dans les selles, quoiqu'on ait dit que la chose est possible. On n'y trouve que quelques grumeaux blancs, semblables au lait caillé, et différant, par l'aspect et la consistance, de la production pseudo-membraneuse.

Cependant l'*érythème* fait des progrès; il envahit les cuisses et même la partie postérieure et interne des jambes, le scrotum et les grandes lèvres. La coloration de la peau varie, dans ces points, du rouge vif au rouge brun. Elle forme sur les fesses et les cuisses des plaques peu saillantes, larges, aux limites desquelles on voit une marge composée de papules saillantes, qui, plus tard, se confondent pour agrandir les plaques érythémateuses. Parfois on trouve sur celles-ci de petites élevures portant à leur sommet des points brillants dont on ne peut pas faire sortir de liquide. Lorsque l'érythème est très vif, on voit assez souvent, à sa surface, des excoriations de 15 à 18 millimètres environ, et, plus rarement, de véritables ulcérations taillées à pic, intéressant à peu près le tiers du derme. Dans aucune autre maladie cet érythème ne se montre avec la même intensité; et si l'on considère, d'un autre côté, qu'il peut se manifester avant le début de la diarrhée, et finir avant qu'elle soit supprimée, on sera porté à admettre qu'il y a là quelque chose de propre au muguet, et que cette tendance à l'ulcération, que nous avons déjà trouvée dans la bouche, et que nous retrouverons encore ailleurs, n'est pas seulement sous la dépendance du contact prolongé des selles et des urines avec la peau.

D'autres *ulcérations* se forment sur les *malléoles*, ou un peu au-dessus d'elles, ou encore au talon. Elles occupent toujours une certaine profondeur dans l'épaisseur de la peau, et, comme l'érythème, elles peuvent disparaître, au moins en partie, avant que la diarrhée se supprime. Ce qui indique encore que, si le frottement est la cause déterminante de l'ulcération, il n'en existe pas moins une prédisposition à cette lésion, qui n'est pas un des phénomènes les moins remarquables de la maladie. Notons en outre que, dans les autres affections, il n'en est pas ordinairement de même.

Du côté de la *respiration*, on observe une accélération plus ou moins notable, surtout quand il y a de la fièvre. Assez souvent le muguet se complique de pneumonie, et alors apparaissent les signes propres à cette affection, qui n'est que secondaire en pareil cas.

Avant même que le muguet se montre dans la bouche, les symptômes qui le précèdent s'accompagnent, dans presque tous les cas, d'un *mouvement fébrile* marqué : de 80 à 90 pulsations, le pouls s'élève à 116, 136, 140. A mesure que

la maladie fait des progrès, l'accélération du pouls augmente, et le nombre des pulsations peut atteindre 180. Plus tard ce nombre décroît, comme on le verra un peu plus loin. En même temps, il y a une *agitation* marquée qui se manifeste aussi bien spontanément que sous l'influence d'une provocation quelconque, et qui, dans le plus grand nombre des cas, a lieu avant l'apparition du muguet dans la bouche. Ce sont des mouvements désordonnés, des contorsions ; des *cris* continuels qui, d'abord aigus, deviennent sourds et rauques, lorsque l'exsudation a envahi le pharynx. La chaleur est exagérée, surtout au ventre, et la peau est d'une sécheresse remarquable. Les *forces* ne paraissent pas sensiblement abattues tant que la maladie est dans son état d'acuité. La *face* devient pâle ; elle prend bientôt un aspect terreux, et les lèvres sont bleuâtres. La *maigreur* se prononce ; les yeux s'excavent ; il se forme des rides, principalement sur le front. Les *traits de la face* ne présentent d'ailleurs aucun signe particulier.

On comprendra difficilement, après cette description, comment M. Kronenberg (1) peut avoir avancé que je prétendais n'avoir jamais vu la fièvre dans le muguet. Je n'ai pu prendre connaissance de son article que dans un extrait qu'en a donné le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2). Faut-il attribuer cette erreur au traducteur ?

Enfin, des *pustules*, des *papules*, et même des *bulles*, peuvent se montrer sur diverses parties du corps; mais elles n'ont rien qui appartienne en propre au muguet.

Deuxième période. La seconde période ne demande pas, à beaucoup près, une description aussi étendue. Elle ne consiste guère, en effet, que dans une diminution notable de tous les symptômes précédemment indiqués et dans une transition rapide à un état tout opposé. L'agitation fait place à un abattement extrême ; le pouls perd peu à peu de sa force et de sa fréquence. Les extrémités et puis le reste du corps se refroidissent. La face est grippée, la maigreur excessive ; l'enfant présente l'aspect d'un petit vieillard. La diarrhée diminue, perd ordinairement sa couleur verte pour reprendre la couleur jaune primitive ; les vomissements cessent, et le muguet lui-même devient moins abondant ; il ne se renouvelle plus avec la même facilité quand on l'enlève. Ces derniers signes précèdent de peu de temps la mort, qui survient sans agitation nouvelle.

Telle est la description du *muguet grave*, de celui qu'on observe aux Enfants-Trouvés. Dans les cas que j'ai vus en ville, les symptômes étaient les mêmes ; mais quelques auteurs ont vu des cas d'une bénignité telle, qu'ils ne sont pas comparables à ceux que j'ai décrits. Alors, le muguet étant borné à la bouche, son apparition et un peu de gêne dans la succion sont presque les seuls symptômes. Il est à désirer que les observations de ce genre soient publiées dans tous leurs détails. Chez les enfants nouveau-nés, les symptômes doivent être cherchés avec grand soin, car ils sont assez souvent difficiles à reconnaître. C'est ce qui m'a fait élever quelques doutes sur la simplicité du muguet dans les cas rapportés par MM. Trousseau et Delpech (3). Je ne peux entrer ici dans une discussion détaillée sur ce point ; on peut voir les raisons que j'ai données dans une lettre adressée au rédacteur des *Archives* (4). Elles me paraissent devoir être prises en sérieuse considération.

(1) *Journ. für die Kinderkrankheiten*, 2e numéro de novembre 1845.
(2) Numéro de novembre 1845.
(3) *Journal de méd.*, janvier, février, mars, avril 1845.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1846, t. X, p. 357.

Muguet des adultes. J'ai peu de chose à ajouter relativement au muguet des adultes. Nous avons déjà dit qu'il survenait à une période avancée d'une autre maladie, soit aiguë, soit chronique. Il se manifeste, comme chez les enfants, par des grains qui ne tardent pas à se réunir. Les malades, pouvant faire part de leurs sensations, se plaignent de picotements, d'ardeur à la bouche, et de gêne de la déglutition, lorsque la couche crémeuse envahit le voile du palais et du pharynx.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre la *marche* du muguet. C'est une maladie dont les progrès sont incessants. Je l'ai divisée en deux périodes ; mais en regardant les symptômes du début comme formant une période, on pourrait en faire trois, comme je l'ai proposé (1), et les désigner sous le nom de période d'*invasion*, d'*accroissement* et de *collapsus*. Au reste, il faut se rappeler que, dans le muguet comme dans la plupart des maladies, il n'est pas rare de rencontrer quelques phénomènes d'une période dans une des deux autres. La *durée* de la maladie, chez les enfants, est d'autant plus longue que les symptômes sont moins violents ; elle est très variable, puisque dans les cas que j'ai observés, elle a été de sept à trente-sept jours. Si l'on ne voulait admettre l'existence du muguet qu'au moment de l'apparition de l'exsudation pseudo-membraneuse dans la bouche, elle serait de deux à trente-cinq jours ; mais cette courte durée de deux jours est, par elle-même, une preuve que cette manière de voir n'est pas exacte ; car une affection locale de cette nature n'emporterait pas les enfants en si peu de temps.

La *terminaison* est bien fréquemment funeste, du moins à l'hospice des Enfants-Trouvés. Sur 140 cas qui se sont montrés dans les salles de M. Baron, il n'y a eu que 29 guérisons, et sur 22 malades observés par moi, 2 seulement ont guéri. Les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvent les enfants, et que nous avons vues être favorables au développement du muguet, sont sans doute pour beaucoup dans cette grande mortalité. C'est un point sur lequel je reviendrai à l'article du traitement. Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, la fièvre tombe, les forces se maintiennent, les symptômes intestinaux disparaissent ; puis le muguet diminue et disparaît aussi. Il n'y a donc pas de période de collapsus.

On pense généralement que le muguet qui survient *chez les adultes* se termine toujours par la mort ; mais cela n'est vrai que dans les cas de muguet survenu à la fin des maladies chroniques, ainsi que je le ferai voir plus loin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques sont très nombreuses et très variées dans le *muguet des enfants* ; il suffit de les indiquer rapidement. On trouve dans la grande majorité des cas une exsudation pseudo-membraneuse sur la membrane muqueuse de la bouche. Elle a des couleurs diverses ; elle est plus souvent jaunâtre que pendant la vie. Les ulcérations de la voûte palatine et du frein de la langue ont quelquefois disparu ; le plus souvent elles se retrouvent encore, et l'on voit qu'elles ont intéressé une grande épaisseur des parties molles ; parfois même à la voûte palatine, les tissus sont détruits jusqu'à l'os, et ce qui en reste est sous forme de détritus.

(1) *Clinique des maladies des enfants nouv.-nés*. Paris, 1838, p. 412.

Dans l'œsophage, on voit de gros grains de muguet, tantôt disséminés, tantôt sous forme de zones, plus ou moins serrés, et quelquefois confluents. Ils s'arrêtent à une certaine distance du cardia. Rarement on y voit des ulcérations. L'estomac et les intestins présentent un ramollissement presque constant de la muqueuse, occupant une plus ou moins grande étendue de ces organes, fréquemment avec rougeur, ramollissement et épaississement de la membrane. Dans un petit nombre de cas, on y trouve des ulcérations, bien plus rarement encore quelques grains de muguet plus ou moins rapprochés.

On voit sur la peau des fesses et des cuisses des traces de l'érythème, consistant en rougeur foncée, injection du derme, quelquefois des ulcérations. Vers les malléoles se retrouvent des ulcérations intéressant plus ou moins profondément le derme, quelquefois couvertes d'une croûte, et quelquefois en voie de cicatrisation.

Très rarement on a trouvé dans les méninges des traces d'inflammation. Les poumons présentent les lésions de la pneumonie secondaire, assez fréquente dans cette maladie. Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

La multiplicité de ces lésions, le grand nombre de points occupés par les ulcérations, ne viennent-ils pas prouver que la maladie est plus générale qu'on ne l'a pensé, et que la lésion de la bouche est habituellement une conséquence de cette affection générale ? Cette manière de voir a de plus pour elle l'analogie, qu'on peut invoquer dans ce cas ; car, dans le muguet des adultes, on voit les lésions de la bouche survenir sous l'influence d'un état morbide général, et c'est précisément parce qu'il en est ainsi d'une manière bien évidente, qu'à un âge avancé, le muguet, simple accident secondaire, n'exige pas une description particulière.

Chez les adultes, le muguet ne s'étend pas ordinairement à l'œsophage, comme chez les nouveau-nés.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* du muguet ne présente pas de difficultés sérieuses. Les *aphthes* s'en distinguent par l'ulcération et l'absence de pseudo-membrane ; la *stomatite couenneuse*, par la formation d'une pseudo-membrane sous forme de couche dès le début ; les autres affections de la bouche, par des caractères trop tranchés pour qu'il soit nécessaire de les indiquer ici. N'oublions pas d'ailleurs que le muguet a son siége principal sur la langue, ce qui ne se retrouve pas dans les autres maladies de la cavité buccale.

Avant les recherches auxquelles je me suis livré, il aurait paru fort étrange qu'on voulût distinguer le muguet de l'*entérite des nouveau-nés ;* mais si, comme je le crois d'après les faits, le muguet n'est ordinairement qu'une suite d'entérite, ou plutôt qu'une lésion faisant partie d'une affection plus générale, dont l'entérite est un des principaux phénomènes, on comprend que la question change de face. J'ai vu des cas où la maladie, n'ayant pendant longtemps présenté que les signes d'une entérite intense, quelques grains de muguet se sont montrés sur la fin de la vie. Cette dernière affection ne s'est-elle produite qu'au moment même de leur apparition ? Non, si, comme on est entraîné à l'admettre par l'observation, il existe un ordre régulier de succession entre la première maladie et le muguet, qui n'en est qu'un épiphénomène. La présence ou l'absence de l'inflammation pseudo-membraneuse constitue la seule différence. Dans les cas où le muguet est purement

local, il est évident que ce diagnostic différentiel ne doit pas même être mis en question. Il est inutile de présenter un tableau synoptique pour un diagnostic si peu embarrassant.

Pronostic. L'effrayante mortalité signalée plus haut, dans le *muguet des enfants*, prouve assez combien l'affection est grave dans les conditions où se trouvent les enfants nouveau-nés des hospices. Auvity (1) a dit que sur dix enfants affectés du muguet, il en meurt neuf. Dans les cas observés dans les salles de M. Baron, la mortalité a été des quatre cinquièmes. Malheureusement, nous n'avons pas de détails sur la gravité de ces cas. Quelques faits que j'ai observés hors de l'hospice m'ont prouvé qu'on pouvait assez efficacement, par une bonne hygiène et par des moyens thérapeutiques que j'indiquerai plus loin, s'opposer aux effets de la maladie, alors même qu'elle se présente avec des symptômes très intenses. Espérons que la mortalité diminuera à mesure qu'on placera les enfants dans des conditions plus favorables.

Lorsque le muguet a duré longtemps, les lésions se multiplient, la pneumonie survient souvent, et l'issue fatale est plus à craindre. En général, la grande intensité des symptômes locaux annonce une grande gravité de la maladie. Les signes de la période de collapsus doivent faire craindre une mort prochaine.

On a dit, et c'est une opinion que les intéressantes recherches de M. Blache ont beaucoup contribué à répandre, que l'apparition du *muguet chez les adultes* était un indice de mort prochaine ; mais il faut remarquer que cet auteur n'a étudié le muguet des adultes que dans les maladies chroniques, où effectivement les choses se passent ainsi. Dans les maladies aiguës, il n'en est pas de même, comme le prouvent les observations de M. Louis (2), qui, dans la fièvre typhoïde en particulier, a vu cette affection de la bouche se produire chez un assez grand nombre de sujets qui cependant ont guéri. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que l'apparition du muguet se lie à une assez grande gravité de l'affection principale.

§ VII. — Traitement.

C'est avec raison que Guersant et M. Blache ont divisé le traitement en prophylactique et curatif. Ce qui a été dit plus haut prouve, en effet, qu'une bonne hygiène et des soins bien entendus donnés aux enfants rendent le muguet infiniment plus rare. Examinons donc le traitement sous ces deux points de vue différents.

1° *Traitement prophylactique.* Il faut que les enfants ne soient pas trop longtemps abandonnés dans leur berceau ; qu'on les promène quand ils sont éveillés, et surtout qu'on leur fasse respirer un air pur, sans les exposer au froid. On doit veiller à ce qu'ils soient propres et à ce qu'ils ne souffrent pas de la faim.

Le point le plus important est dans la *nourriture* qu'on leur donne. Lorsque les enfants ont une bonne nourrice, le sein leur suffit ; il est inutile de leur donner d'autres aliments, comme on ne le fait que trop souvent. Leurs organes digestifs les supportent avec peine. Depuis que j'ai vu ce qui se passe aux Enfants-Trouvés, j'ai toujours conseillé de tenir les enfants exclusivement au sein, jusqu'à l'âge de

(1) *Mém. couronné par la Soc. royale de méd.*, 1787.
(2) *Rech. sur l'affect. typhoïde.* Paris, 1841, 2e édit., t. I, p. 511.

quatre mois au moins, et je les ai toujours vus prospérer, sans qu'il en résultât aucun inconvénient pour la nourrice. Les bouillies, les potages au salep et les autres substances féculentes sont d'une trop difficile digestion avant cet âge. S'il est démontré que la mauvaise qualité du lait peut produire le muguet, ce qui résulte de quelques faits rapportés par M. le docteur Girard (de Marseille), on sent quel soin il faut apporter dans l'examen de la nourrice, examen qui ne doit pas finir lorsque l'allaitement est commencé, mais continuer dans son cours. M. Donné (1) a cité quelques exemples qui prouvent qu'avec de l'attention on peut découvrir, dans les qualités du lait de la nourrice, la cause de la maladie de l'enfant. Lorsque toutes ces précautions seront prises dans les hospices consacrés aux enfants trouvés, il est probable que le muguet fera beaucoup moins de ravages. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'on doit surtout insister sur les moyens prophylactiques dans les mois les plus chauds de l'année. On n'a pas oublié, sans doute, que c'est à cette époque que la maladie se multiplie dans une immense proportion.

2° *Traitement curatif.* Il peut être divisé en traitement local ou externe, et en traitement général ou interne.

Traitement local. Les auteurs qui ont regardé le muguet comme une maladie purement locale ont naturellement insisté sur ce traitement. Nous allons retrouver ici plusieurs moyens employés contre la stomatite en général.

Les *gargarismes adoucissants et mucilagineux* sont recommandés par tous les auteurs. La décoction d'eau de guimauve, de graine de lin, de pepins de coing, de figues grasses, etc., sert pour ces gargarismes, qui, chez les enfants nouveau-nés, doivent nécessairement être appliqués par le médecin ou par les personnes chargées de l'enfant. C'est à l'aide d'un tampon de linge ou d'un pinceau de charpie bien imbibé qu'on porte, à plusieurs reprises, le liquide sur les diverses parties de la bouche. Il faut revenir très souvent à cette application, surtout quand il y a une grande sécheresse à la paroi buccale.

Lorsque la bouche paraît très douloureuse, on peut rendre ces gargarismes calmants, en y joignant une décoction de tête de pavot, ou en les composant ainsi qu'il suit :

℞ Décoction de guimauve.. Lait.................	ãã 100 gram.	Laudanum de Sydenham... 4 gouttes.

Mêlez.

On pourra craindre que les mouvements de succion, auxquels l'enfant se porte presque malgré lui, lui fassent avaler une portion de ce mélange opiacé ; mais cette crainte n'est pas fondée : d'une part la quantité d'opium ingérée est très petite, et de l'autre cette substance est loin d'avoir les résultats fâcheux qu'on lui attribue trop facilement.

Il faut bien se garder d'imiter la pratique de quelques personnes qui, en faisant usage de ces gargarismes, cherchent à détacher la pseudo-membrane à l'aide du linge mouillé. J'ai constaté, en effet, que l'arrachement de cette production morbide n'a aucun effet sur la marche de la maladie ; que la fausse membrane se reproduit avec promptitude, et que, d'un autre côté, on augmente la douleur, on rend l'inflammation plus vive, on fait saigner la bouche, et par suite on ajoute à l'agitation des enfants.

(1) *Conseils aux mères sur l'allaitement*, etc. Paris, 1846.

Quelques médecins, au lieu d'appliquer le gargarisme comme je viens de le dire, font des *injections* dans la bouche avec une petite seringue. Je n'ai jamais vu employer ce moyen, qui ne me paraît pas remplir les conditions nécessaires. Si, en effet, on ne pousse l'injection que par un petit jet et sans force, on ne peut pas la faire pénétrer partout, et, dans le cas contraire, on risque de faire parvenir dans le pharynx une quantité de liquide assez grande pour avoir des inconvénients.

Guersant et M. Blache recommandent d'employer les gargarismes adoucissants dans la première et dans la seconde période, et de ne passer à l'emploi des stimulants et des astringents que dans la troisième. Mais, il faut le dire, ce n'est point ainsi qu'on agit généralement. Les uns n'usent que des topiques émollients pendant toute la durée de la maladie, et les autres ont recours aux stimulants, aux astringents et même aux cathérétiques, dès le début de l'exhalation pseudo-membraneuse. Dans l'état actuel de la science, il est difficile de se prononcer sur ce point; des expériences suffisantes n'ont pas été faites.

Fréquemment on ajoute aux gargarismes du *sucre*, du *sirop de gomme*, du *sirop de mûres*, ou du *miel rosat*. Ces substances ont une action médicamenteuse très faible. M. Blache et Guersant ont trouvé que dans les deux premières périodes elles ont l'inconvénient de dessécher la bouche. On peut donc les supprimer.

Dans la seconde période, ces médecins prescrivent le mélange suivant :

℞ Décoction de graine de lin.. 200 gram.	Chlorure de chaux liquide... 50 gram.

Mêlez. On peut remplacer le chlorure de chaux par le jus de citron.

Voici ce que je disais en 1838 (1) relativement à l'emploi du gargarisme chloruré : « J'ai vu employer ces lotions, et jamais je n'ai remarqué qu'elles eussent d'autre effet que de jaunir la couche pseudo-membraneuse; elles ne m'ont point paru hâter le moment où la pseudo-membrane se détachait d'elle-même, et cette espèce de gargarisme n'avait pas de meilleur résultat que les autres. » Depuis lors, il n'est venu à ma connaissance aucun fait qui puisse m'engager à modifier cette manière de voir.

Des gargarismes composés ont aussi été prescrits. Le *borate de soude* jouit en particulier d'une grande réputation. On prescrit la préparation suivante :

℞ Décoction de guimauve. 200 gram.	Borate de soude........... 8 gram.

Faites dissoudre; ajoutez :

℞ Sirop de miel. . ... 30 gram.

Aucun fait ne prouve que ce médicament ait une vertu particulière. J'en dis autant de ceux qui vont suivre, que je présente cependant parce qu'il y a encore beaucoup à faire sur le traitement du muguet, et qu'il est important que l'on connaisse bien les divers moyens prescrits, pour qu'on puisse multiplier les expériences sur le traitement local.

L'*alum* a été également employé sous forme de gargarisme. Il faut le prescrire dans les proportions suivantes :

℞ Alun.................. 2 gram.	Miel rosat............... 20 gram.
Décoction d'orge......... 200 gram.	

Quelques gouttes d'*acétate de plomb* dans un demi-verre d'eau peuvent aussi

(1) *Clinique des malad. des enfants nouv.-nés*. Paris, 1838, in-8, p. 454.

être prescrites; mais il faut surveiller les mouvements de succion de l'enfant, et ne point trop imbiber le linge ou le pinceau. Il en est de même quand on emploie le gargarisme acidulé avec l'*acide hydrochlorique* ou *nitrique*. M. le docteur Coudray (1) a obtenu la guérison du muguet en touchant la muqueuse buccale avec l'*acide hydrochlorique pur*. Ce moyen, en détachant la fausse membrane, permit à l'enfant de reprendre le sein.

Les mêmes substances ont été employées sous forme de collutoire; voici celui qui a été recommandé par Gœlis (2) :

℞ Miel rosat............	ââ 15 gram.	Borax..................	0,75 gram.
Sirop de mûres........			

Avec un pinceau, on porte le mélange sur les différentes parties de la bouche.

Je pourrais encore citer le *sulfate de zinc* et d'autres substances analogues; mais il n'est pas nécessaire de multiplier ces formules.

L'*alun* a été porté en poudre sur la muqueuse buccale. L'emploi de ce médicament dans les angines, et les bons effets qu'on en a obtenus, ont sans doute engagé à l'appliquer au traitement du muguet. Je l'ai vu mettre en usage sans aucun succès. Pour l'appliquer, il suffit d'humecter son doigt, de le plonger dans la poudre pour qu'il s'y en attache une couche, et de le promener ensuite sur tous les points occupés par le muguet.

Suivant Guersant et M. Blache, M. Bretonneau s'est bien trouvé du *calomel* associé au sucre en poudre, et mis dans la bouche à la dose de 0,25 grammes seulement, trois ou quatre fois par jour. Nous ne connaissons pas les faits sur lesquels cette assertion est appuyée.

Il faut ajouter, relativement aux collutoires et aux poudres cathérétiques, qu'on ne saurait s'opposer avec trop de soin à la déglutition des substances employées. Pour cela il faut, immédiatement après l'onction ou la friction, laver la bouche avec le gargarisme adoucissant.

Tels sont les principaux moyens topiques employés contre le muguet des enfants. Je dois toutefois y joindre l'usage de la *sauge*, qui est regardée presque comme un spécifique par quelques auteurs. On l'a unie à plusieurs des substances précédentes. On l'a aussi employée en lotions, infusée soit dans le vin, soit dans l'eau, formant ainsi un gargarisme qu'on peut édulcorer avec le sirop de mûres ou de limon.

Les mêmes moyens ont, en général, été dirigés contre le *muguet des adultes*. Wendt administre particulièrement, dans le muguet des phthisiques, le borax uni à la sauge et à la myrrhe, dans les proportions suivantes :

℞ Borax....................	8 gram.	Teinture de myrrhe........	3 gram.
Eau de sauge............	60 gram.	Miel......................	30 gram.

M. Trousseau emploie, sans inconvénient, le *borax* à parties égales avec le liquide qui lui sert de véhicule.

Une réflexion qui s'applique à tous les moyens topiques, c'est qu'ils ont été très souvent employés, dans la pensée qu'on n'avait affaire qu'à une affection toute locale, qu'à une simple stomatite. Or, d'après tout ce que j'ai dit dans la description de la maladie, on ne doit pas être surpris que ces médicaments aient si souvent

(1) *Bull. gén. de thér.*, décembre 1845.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1832.

trompé l'attente du médecin. Ils peuvent avoir une action sur l'altération locale, sur la muqueuse buccale malade, mais ils ne détruisent pas la maladie dans les organes où elle a pris ordinairement naissance. Toutefois il ne faut pas rejeter entièrement ces moyens; car si en même temps on attaque le mal dans sa source, ils peuvent seconder les effets de remèdes plus efficaces.

3° *Traitement général.* Je donne le nom de traitement général à celui qui attaque la maladie loin du point où elle se manifeste par ses caractères les plus saillants, c'est-à-dire par l'exsudation membraniforme. Les auteurs ne l'ont pas exposé avec les mêmes détails que le précédent, et cependant je crois qu'il mérite la plus grande attention de la part du praticien. Lorsque les symptômes généraux et les troubles intestinaux se sont notablement améliorés, la production morbide de la bouche n'a presque plus aucun inconvénient, et on la voit se dissiper rapidement, ainsi que l'inflammation qui l'accompagne.

Pour calmer les symptômes de l'entérite, on a recours ordinairement aux *lavements émollients* avec l'eau de guimauve, de graine de lin, de son, etc.; mais j'ai vu qu'ils ne suffisent pas. Dans les cas que j'ai observés hors de l'hospice des Enfants-Trouvés, j'ai administré les *lavements opiacés*, et j'ai eu lieu de m'en applaudir. Un lavement de décoction de guimauve et de tête de pavot peut être administré matin et soir; mais s'il n'a pas d'effet avantageux, il ne faut pas hésiter à employer le *laudanum.* On craint trop de le mettre en usage dans les maladies des enfants nouveau-nés On lui a attribué des accidents cérébraux, sans rechercher si ces accidents ne sont pas tout simplement des phénomènes inhérents à la maladie, et l'on s'est hâté de conclure. Dans un cas d'entérite simple, mais porté à un degré si grand que l'enfant était à l'agonie, des lavements avec addition de laudanum à la dose de 6 gouttes par jour ont sauvé la petite malade, sans qu'il en soit résulté autre chose qu'un très léger narcotisme. Sans doute il ne faut pas, dans tous les cas, porter la dose du laudanum aussi haut, mais ce fait prouve que l'on a exagéré le danger de ce remède. On prescrira donc :

℞ Eau de guimauve... Q. s. pour 1/4 de lavement.	Laudanum de Sydenham........ 1 goutte.
	Amidon..................... 2 gram.

Donnez ce lavement matin et soir.

Si cette dose paraissait insuffisante, si le cas était très grave, on ne devrait pas hésiter à mettre deux gouttes de laudanum dans chaque lavement.

En même temps on applique sur l'abdomen des *cataplasmes laudanisés*, qu'on maintient nuit et jour. On fait prendre aux petits malades des *bains* dans l'eau de son, ou des bains simples. On pratique des fomentations émollientes sur les parties érythémateuses.

Pour arrêter la diarrhée, on a quelquefois recours à la *décoction blanche*, et l'on donne pour tisane l'eau de riz, sucrée avec le sirop de coing; ou bien l'*eau albumineuse* suffisamment édulcorée. Je n'ai pas vu les premiers moyens réussir. Quant au second, je ne l'ai vu employer que dans un cas douteux. De nouvelles observations sont nécessaires sur ce point.

Rosen a recommandé l'*eau de sauge* en boisson comme un remède très efficace. Il suffit, dit-il, de donner aux enfants quelques cuillerées d'infusion de cette plante, pour voir survenir une prompte amélioration. S'il en était réellement ainsi, rien

ne serait plus simple et plus facile que le traitement du muguet; mais comment croire à de semblables effets d'un médicament pareil, dans une maladie si grave, lorsque les faits nous manquent complétement?

On a recommandé d'avoir recours aux *toniques*, et principalement à la décoction de *quinquina* et à la décoction de *gentiane*, lorsque le mal a fait de grands progrès et que les malades sont dans le collapsus. C'est surtout quand le muguet présente une coloration brune ou noirâtre, qu'on a recours à ces moyens, parce qu'on a pensé que la lésion a, dans ce cas, un caractère gangréneux. Mais d'abord cette manière de voir n'est pas fondée; c'est une illusion due à une observation superficielle. En second lieu, ainsi que le font remarquer Guersant et M. Blache, la maladie, arrivée au degré de collapsus, n'est guère susceptible d'être guérie par de semblables moyens; et enfin ces substances excitent chez des enfants une grande répugnance.

C'est dans les mêmes circonstances qu'on a conseillé les corroborants, comme le *bouillon gras*, le *vin*, etc.; mais on n'a pas cité plus de faits favorablement terminés.

Quelques médecins ont conseillé l'emploi des *vomitifs*. Guersant et M. Blache n'approuvent pas cette pratique; et lorsqu'on connaît la nature de la maladie telle que nous l'a démontrée l'observation, on n'est guère tenté d'avoir recours à une semblable médication, en l'absence de faits qui puissent en faire apprécier l'utilité. Le *sirop d'ipécacuanha*, donné par cuillerées à café jusqu'à effet vomitif, est la préparation généralement usitée.

Quant aux *purgatifs*, je ne les ai vu administrer que dans un cas. On fit usage du *sulfate de magnésie* à la *dose de 4 grammes*. On avait en vue de faire disparaître la diarrhée, comme on l'a fait quelquefois dans la dyssenterie des adultes. Mais l'effet fut tout autre, car le dévoiement, faible jusqu'alors, devint aussitôt très abondant, et resta tel presque jusqu'à la fin de la maladie. Guersant et M. Blache recommandent le *sirop de chicorée* seul, ou associé à l'*huile d'amandes douces*, ou bien l'*huile de ricin*. Quant à cette dernière substance, il ne serait pas prudent de dépasser *la dose de 4 ou 5 grammes* chez de très jeunes enfants qui ont une inflammation du tube digestif.

Jusqu'à présent je n'ai point parlé de l'emploi des *émissions sanguines*. Cependant Guersant, M. Blache, et plusieurs autres auteurs, pensent qu'elles peuvent être utiles lorsqu'il existe une violente inflammation des intestins. Une ou deux *sangsues* à l'anus sont appliquées en pareil cas. Je me bornerai à dire, à propos de ce moyen de traitement, qu'il faut être très réservé dans son emploi chez des sujets si jeunes et dans une maladie où il y a une si grande tendance au collapsus. Dans deux cas, j'ai voulu l'essayer, mais on chercha en vain à faire prendre les sangsues. C'est là un obstacle que le praticien doit connaître, et qui m'a réduit à n'exprimer que des conjectures sur ce sujet (1).

Dans le cours de la maladie on prescrit des boissons adoucissantes, ayant soin de les faire prendre à la cuiller et avec précaution. Dès qu'il sera possible de remettre les enfants au sein, il ne faudra pas différer un seul instant. En attendant, on les tiendra à une *diète sévère*, si les symptômes sont graves et la fièvre notable; sinon on leur donnera un peu de lait coupé avec leur tisane.

(1) *Clinique des maladies des enfants nouv.-nés*, p. 455.

Résumé; ordonnances. On a vu que, faute d'avoir bien isolé la maladie, et de l'avoir étudiée dans toutes ses circonstances, on a limité le traitement à des moyens locaux, qu'on a très multipliés; et de plus on a dû être frappé de l'incertitude qui règne sur l'action de ces moyens. Pour résumer ce qu'il y a de plus positif sur ce point, il me suffira de rappeler ce que je disais en 1838 au sujet du traitement qu'il me paraissait le plus utile de suivre.

« La médication que le médecin doit employer est la suivante : Si l'enfant a été sevré à sa nourrice, il faut la lui rendre au plus tôt et cesser de lui donner une nourriture féculente, comme on le fait dans les hospices. S'il ne peut pas prendre le mamelon, on lui donnera des boissons émollientes coupées avec le lait; mais on se hâtera de le remettre au sein dès que la succion pourra s'opérer. Les lavements amidonnés et laudanisés, qui agissent avec tant de succès chez les adultes, doivent être employés dans cette maladie. Je n'ai pas remarqué qu'ils eussent l'inconvénient de narcotiser les malades lorsqu'on se bornait à deux gouttes de laudanum par lavement, et qu'on n'en administrait qu'un par jour (1); chez un sujet, ce moyen parut avoir un très heureux effet.

On ne devra jamais arracher avec violence la couche pseudo-membraneuse qui revêt la muqueuse buccale. Les gargarismes ne devront servir qu'à humecter fréquemment la bouche ; et l'on n'enlèvera la pseudo-membrane que lorsqu'elle aura perdu son adhérence. L'emploi des émissions sanguines, de l'alun, du chlorure de chaux, a besoin d'être soumis à de nouvelles expériences; le premier de ces moyens mérite surtout de fixer l'attention du praticien. »

Enfin les diverses lésions qu'on peut atteindre seront traitées localement. On enduira les fesses, les cuisses et les jambes avec du cérat, pour empêcher le contact de l'urine et des matières fécales. On pansera les ulcérations des jambes avec le cérat simple. On touchera celles du frein de la langue et du voile du palais avec le mélange suivant :

℞ Acide hydrochlorique...... 1 partie. | Miel.................. 5 parties.

Mêlez.

Suivant M. Coudray (2), rien n'est plus efficace contre le muguet que la cautérisation à l'aide d'un pinceau de charpie chargé d'*acide hydrochlorique pur*.

Quant à l'emploi des *vésicatoires*, conseillé par Gardien, rien ne prouve son efficacité, et l'on doit s'en abstenir dans une maladie fébrile chez d'aussi jeunes sujets.

Il est très facile de former des ordonnances après les détails dans lesquels je viens d'entrer : je vais en présenter quelques unes applicables aux principaux cas.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU LE MUGUET PARAIT TOUT A FAIT LOCAL.

1° Pour tisane, décoction d'orge coupée avec du lait.

2° Laver fréquemment la bouche avec une décoction de guimauve et une suffisante quantité de sirop de mûres.

3° Enduire les fesses et les cuisses avec du cérat, pour prévenir la formation de

(1) J'ai depuis acquis la conviction qu'on peut élever cette dose sans danger (voy. p. 249).
(2) *Bull. de thérap.*, décembre 1845.

l'érythème, qui se montre alors même qu'on ne trouve pas encore de symptômes marqués du côté du tube digestif.

4° Matin et soir, un quart de lavement d'eau de guimauve et de têtes de pavot.

5° Si l'on a été forcé d'enlever l'enfant à sa nourrice, le lui rendre aussitôt qu'il pourra reprendre le mamelon.

Je n'ai pas besoin de répéter que les cas de ce genre sont au moins fort rares, et que nous n'en connaissons pas d'observations détaillées.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LES SYMPTOMES D'ENTÉRITE SONT MARQUÉS.

1° Pour tisane, eau de riz gommée ;

Ou bien :

♃ Eau commune tiède.... 500 gram. | Blanc d'œuf............. n° 1 ou 2.

Mêlez ; ajoutez :

Sirop de guimauve........................... 40 gram.

2° Faire fréquemment des lotions dans la bouche, avec une forte décoction d'eau de guimauve et de têtes de pavot.

3° Enduire de cérat les fesses et les cuisses, *ut suprà*.

4 Traiter les ulcérations (voy. p. 251).

5° Matin et soir, un quart de lavement de graine de lin avec addition de

Laudanum de Sydenham.... 1 goutte. | Amidon.................. 2 gram.

Doubler la dose du laudanum, si le cas l'exige.

6° Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

7° Bains dans l'eau de son ; les supprimer s'ils occasionnent trop d'agitation.

8° Diète absolue, qu'on cessera aussitôt que les principaux symptômes se seront amendés.

IIIe Ordonnance.

DANS LA PÉRIODE DE COLLAPSUS.

1° Pour tisane, infusion de gentiane édulcorée avec le sirop d'oranges.

2° Employer un gargarisme astringent (voy. p. 247), ou les poudres stimulantes (voy. p. 248).

3° Un peu de bouillon gras coupé.

4° Fomentations sur le ventre, avec l'infusion de sauge.

Nous ne savons rien de positif sur l'emploi de ces derniers moyens, que j'indique seulement comme recommandés par les auteurs.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement prophylactique.* Exercice ; renouveler l'air ; propreté ; nourriture lactée.

2° *Traitement curatif.* Adoucissants ; émollients ; gargarismes ; opiacés ; chlorures ; borate de soude ; astringents ; cathérétiques ; calomel ; sauge ; lavements ; cataplasmes laudanisés ; antidiarrhéiques ; bains ; toniques ; vomitifs, purgatifs ; émissions sanguines.

ARTICLE V.

STOMATITE COUENNEUSE (*stomacace*, etc.).

Ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a bien distingué cette affection des autres inflammations de la bouche. Sous les noms de *stomacace*, *chancre aquatique*, *ulcérations infectes de la bouche*, etc., on avait décrit plusieurs affections diverses, et, entre autres, celle dont il est ici question, et la gangrène véritable de la paroi buccale. Ainsi, dans le traité de Jos. Frank, on trouve sous ce titre : *De stomacace et cancro aquatico*, une description rapide, et du muguet des enfants, et de la stomatite couenneuse, et de la gangrène de la bouche, et de plusieurs ulcères de cette cavité. C'est M. Bretonneau (1) qui a jeté le plus grand jour sur cette question extrêmement confuse. Dans une épidémie qui eut lieu dans la garnison de Tours, ayant eu occasion d'observer un certain nombre d'individus affectés de ce que l'on appelait la *stomacace*, ou *chancre aquatique*, ou *gangrène des gencives*, il vit qu'il s'agissait simplement d'une production pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse, prenant elle-même les caractères gangréneux, et au-dessous de laquelle les tissus n'étaient point affectés ou ne l'étaient que peu profondément. Dès lors la nature de la maladie lui fut connue, et il ne la confondit plus avec la gangrène scorbutique de la bouche, comme on le faisait généralement.

Mais, d'un autre côté, M. Bretonneau paraît admettre que, sous les noms qui viennent d'être indiqués, les auteurs n'ont point décrit autre chose que la stomatite couenneuse ou diphthéritique. Il n'en est cependant pas ainsi, comme on l'a vu dans la citation que j'ai faite de J. Frank, et comme on le verra dans les articles suivants.

Il restait donc à établir une séparation tranchée entre l'affection dont il s'agit et toutes les autres, et c'est ce que je vais essayer de faire dans cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La stomatite pseudo-membraneuse ou couenneuse est celle qui est caractérisée par une production plastique, étendue en nappe sur les parois de la bouche, avec ou sans ulcérations légères de la muqueuse sous-jacente.

Les noms donnés à cette maladie sont très nombreux, comme on a pu déjà s'en apercevoir. On l'a désignée sous les dénominations de *stomacace*, *gangrène scorbutique des gencives*, *chancres aquatiques*, *aphthes malins*, *aphthes gangréneux*, etc. Les Espagnols lui ont donné le nom de *fegarite*. Toutefois, il faut le répéter encore, ce n'est pas à cette maladie bien déterminée que ces différents noms ont été imposés, mais bien aux diverses inflammations qui affectent la bouche et qui présentent un aspect gangréneux.

Cette affection n'est point *très fréquente*. Les auteurs qui ont eu occasion d'en observer un grand nombre de cas ont étudié des épidémies qui ne se renouvellent qu'à d'assez longs intervalles. Parmi les autres, plusieurs n'ont jamais vu cette stomatite avec les véritables caractères du *chancre aquatique* ; mais il en est peu qui, dans le cours des maladies aiguës ou chroniques, n'aient vu apparaître sur une

(1) *Des inflammations spéciales et en particulier de la diphthérite*. Paris, 1826, p. 14 et 134.

certaine étendue de la bouche une pseudo-membrane plus ou moins épaisse, avec inflammation de la muqueuse.

§ II. — Causes.

La distinction précise de la maladie est tellement récente, que nous avons très peu de renseignements sur ses causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous venons de voir que, dans certains cas, la maladie se présente sous la *forme épidémique ;* c'est alors qu'elle a la plus grande intensité. Elle affecte tous les *âges*. On n'a pas encore pu s'assurer positivement si elle est *contagieuse*. Quant à la pseudo-membrane qui survient dans le cours des maladies, c'est ordinairement dans les cas très graves et mortels qu'on la voit apparaître. On en a cité un certain nombre d'exemples dans la *fièvre typhoïde*, dans la *phthisie* et dans plusieurs autres affections aiguës et chroniques. M. Louis, en particulier, en a rapporté plusieurs observations.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous sommes peut-être encore moins instruits. Tout porte à croire cependant que, dans le cas où la maladie se montre dans le cours d'une autre affection, il n'y a aucune cause occasionnelle particulière, et qu'elle se produit comme simple lésion secondaire.

On a cherché les causes occasionnelles de la stomatite couenneuse épidémique dans l'influence de la *température*, dans la qualité de l'*eau* prise en boisson, et, en outre, dans toutes les *conditions hygiéniques qui peuvent développer le scorbut*. Relativement à cette dernière proposition, M. Bretonneau a démontré que la maladie n'est pas de nature scorbutique, et, quant à l'influence de la température et à la qualité de l'eau, les expériences ne sont pas suffisantes pour en faire apprécier la valeur.

§ III. — Symptômes.

Nous avons vu, dans le paragraphe consacré aux causes, qu'il y a deux espèces bien différentes de stomatite couenneuse. La première, qui paraît sous forme épidémique, est celle qui a le plus occupé les auteurs, et à laquelle on a donné les noms si variés mentionnés plus haut. C'est à elle que se rapporte la description d'Arétée, qui peut s'appliquer également à la gangrène de la bouche.

Début. Cette affection commence ordinairement d'une manière insidieuse : un peu de gêne, une douleur très légère dans les gencives se manifestent d'abord ; puis il se forme sur ces parties une exsudation grisâtre, plus ou moins épaisse, qui les fait paraître comme ulcérées.

Symptômes. Cette *exsudation*, lorsque la maladie est intense, tend à gagner les parties voisines de la face interne des lèvres et des joues, et quelquefois même elle se porte jusque dans le pharynx et les fosses nasales. Les *dents* sont enduites d'une espèce de boue grise, brune ou de couleur de rouille. Après avoir été enlevée, la fausse membrane a une tendance notable à se reproduire tant que la maladie n'est point terminée. Dans le cas contraire, la muqueuse sous-jacente reprend rapide-

ment son aspect normal, et il ne reste plus rien de cet état qui paraissait si grave.

Cependant il arrive assez souvent, et principalement lorsque le mal a son siége sur les gencives, qu'au-dessous de la pseudo-membrane il se forme des *ulcères* qui peuvent devenir difficiles à guérir ; mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par l'aspect extérieur de la maladie ; car, dans certains cas, il semble que les ulcères, surtout quand ils ont leur siége sur la face interne des joues, sont extrêmement profonds : illusion qui tient, ainsi que l'a fait remarquer M. Bretonneau, à ce que la *muqueuse environnante* est très boursouflée, et le paraît encore davantage par suite du dépôt pseudo-membraneux. Nous verrons, à l'article *Stomatite gangréneuse*, quelle est l'opinion de M. Taupin sur ce point.

Lorsque la maladie est dans cet état, la lésion se présente sous l'aspect d'un *ulcère* gris, livide ou noirâtre, à bords gonflés et d'un rouge livide. Des lambeaux épais s'en détachent et sont remplacés par de nouvelles couches. Une *sérosité sanguinolente* coule abondamment de la bouche. Cet écoulement continue pendant le sommeil, et le linge des malades en est largement taché.

L'*haleine* est alors d'une *fétidité extrême*. Le tissu cellulaire environnant, les glandes salivaires et les ganglions lymphatiques se tuméfient. L'écartement et le rapprochement des mâchoires est difficile ; mais la *déglutition* n'est pénible que dans les cas où la maladie a envahi le pharynx.

Dans les premiers temps, la *fièvre* est peu considérable ; elle peut le devenir lorsque l'affection marche très rapidement et que les tissus circonvoisins sont fortement affectés.

Dans les cas où la stomatite pseudo-membraneuse se montre *au milieu des symptômes d'une autre maladie grave*, les choses se passent très différemment. Le malade se plaint d'abord d'une *douleur* plus ou moins vive dans la bouche ; la *muqueuse* rougit et n'est que légèrement tuméfiée ; puis on voit apparaître quelques *taches blanches* qui se rapprochent rapidement, et forment une couche ordinairement peu épaisse, difficile à détacher, se reproduisant facilement, et au-dessous de laquelle la membrane muqueuse n'est pas sensiblement affectée. C'est principalement à la face interne des lèvres, et surtout de la lèvre inférieure, que se montre cette production morbide ; et comme elle se manifeste souvent à une époque voisine de la mort, elle persiste jusqu'au moment de la terminaison fatale. Je n'en dirai pas davantage sur cette forme de l'affection, qui n'est que secondaire.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la stomatite couenneuse épidémique, la maladie *marche* ordinairement avec rapidité ; mais, dans quelques cas, les divers symptômes ne se développent que lentement, et c'est alors surtout qu'on voit les gencives attaquées par des ulcérations nées au-dessous des fausses membranes qui ont persisté longtemps. Quand la stomatite survient dans le cours d'une maladie grave, aiguë ou chronique, c'est, comme je l'ai déjà dit, une affection secondaire qui se manifeste fréquemment dans les derniers jours de la maladie.

Sa *durée*, dans ce dernier cas, est donc ordinairement courte ; tandis que, dans le premier, elle peut être de plusieurs semaines.

Relativement à la *terminaison*, la stomatite couenneuse épidémique se distingue, suivant Guersant et M. Bretonneau, de la véritable gangrène de la bouche, en

ce que celle-ci détruit profondément les tissus, et emporte presque certainement les malades ; tandis que l'autre guérit toujours, à moins qu'elle ne gagne les canaux qui se portent vers la poitrine ; et, de plus, en ce que, après une guérison assez rapide, il ne reste aucune trace de la maladie, si ce n'est, dans certains cas très graves, un ébranlement des dents causé par les ulcérations du bord des gencives. Cette proposition a encore été contestée par M. Taupin, qui a étudié avec grand soin la gangrène de la bouche. D'après les recherches de cet auteur, elle paraît, en effet, trop exclusive ; mais c'est un point de discussion dont je vais dire un mot à l'occasion du *diagnostic*, et que je renverrai, pour plus de détails, à l'article *Stomatite gangréneuse*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont celles que nous avons indiquées rapidement dans la description des symptômes : une couenne, une pseudo-membrane plus ou moins épaisse, se détachant par lambeaux peu adhérents, laissant au-dessous la membrane muqueuse intacte ou très légèrement excoriée ; quelques ulcérations au bord des gencives ; quelquefois la propagation du mal vers le pharynx et la cavité nasale : telles sont les altérations qui appartiennent en propre à cette maladie. Dans le cas où la stomatite couenneuse n'est qu'une complication d'une maladie grave, les lésions de la bouche sont ordinairement moins profondes, quoique de même nature, et l'on trouve ailleurs les lésions de la maladie primitive qui a causé la mort.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Le *diagnostic* de la stomatite couenneuse est encore un de ceux qui ne présentent pas de grandes difficultés ; car il ne s'agit en réalité que de distinguer cette affection de la véritable gangrène de la bouche et de la stomatite mercurielle. Toutefois cette distinction est importante pour le traitement et pour le pronostic. Mais il s'est élevé une autre difficulté que j'ai déjà fait pressentir. Suivant M. Taupin (1), qui a étudié avec le plus grand soin les diverses espèces de stomatite grave, la stomatite couenneuse de forme épidémique, remarquable par ses caractères gangréneux, n'est qu'une simple variété de la gangrène elle-même ou du *sphacèle de la bouche*. Les raisons qu'il donne pour faire admettre cette opinion sont d'une grande force, et la principale est qu'il n'est pas rare de voir la stomatite passer par la forme couenneuse pour arriver à la forme franchement gangréneuse. Si donc j'insiste sur ce diagnostic, c'est uniquement pour qu'on ne soit pas exposé à prendre pour des ulcères extrêmement graves, et des *détritus* de tissus mous, ramollis et gangrénés, l'exsudation couenneuse qui, par son aspect, est bien propre à en imposer.

Dans la stomatite couenneuse, il y a une saillie formée par l'exsudation pseudomembraneuse ; on voit assez souvent des lambeaux qui se détachent, et au-dessous desquels apparaît une couche destinée à les remplacer. La partie lésée présente une plaque irrégulière, jaunâtre et molle. En soulevant cette plaque, on trouve la membrane peu profondément altérée. Dans la stomatite gangréneuse profonde, ou *stomatite charbonneuse*, suivant l'expression de M. Taupin, on n'aperçoit d'abord

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1839, *Stomatite gangréneuse*.

qu'un gonflement pâle des points affectés, avec œdème des parties voisines, et surtout des paupières. Plus tard, la peau de la face du côté malade devient rouge, puis noircit, tandis que la muqueuse s'ulcère et présente une escarre noire. Enfin, plus tard encore, on observe la destruction des parties molles, la nécrose des os, une plaie considérable.

On voit que, s'il faut admettre avec M. Taupin que les deux maladies ont, dans plusieurs cas, un même principe, du moins les deux variétés sont ordinairement assez tranchées pour qu'on soit autorisé à les décrire séparément, ainsi que je le fais.

Il est un peu plus difficile de distinguer la stomacace de la *stomatite mercurielle;* cependant, en ayant égard aux différences suivantes, on arrivera avec sûreté au diagnostic. D'abord il est fort rare qu'on n'ait pas des renseignements suffisants pour s'assurer si la maladie s'est développée ou non sous l'influence d'un traitement mercuriel. S'il en était autrement, on aurait égard à la ténacité, à l'épaisseur, à l'aspect souvent gangréneux de la pseudo-membrane diphthéritique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la stomatite couenneuse épidémique.*

Apparition, sur les gencives, d'une exsudation grisâtre, molle, se détachant par lambeaux.
Membrane muqueuse violacée, ramollie, saignant au moindre contact.
A la face interne des joues, apparition d'un point blanc qui s'étend rapidement pour former des plaques irrégulières.
Couches pseudo-membraneuses de couleur variable, d'aspect gangréneux, se détachant par lambeaux, et facilement remplacées par d'autres couches.
Guérison sans destruction des tissus.

2° *Signes distinctifs de la stomatite couenneuse et de la stomatite gangréneuse profonde.*

STOMATITE COUENNEUSE.	STOMATITE GANGRÉNEUSE PROFONDE OU CHARBONNEUSE.
Saillie formée par l'exsudation membraniforme.	Saillie sur la muqueuse, *nulle* ou peu considérable.
Des *lambeaux* se détachent et sont facilement remplacés.	Détritus sanieux, *point de lambeaux.*
Plaques irrégulières, jaunâtres et molles.	*Couleur livide* et noire de la peau de la joue.
Membrane muqueuse au-dessous *peu profondément* altérée.	Muqueuse et parties sous-jacentes *profondément* altérées; destruction des parties molles, et même des os.

3° *Signes distinctifs de la stomatite couenneuse et de la stomatite mercurielle.*

STOMATITE COUENNEUSE.	STOMATITE MERCURIELLE.
Commémoratifs. Pas de traitement mercuriel.	*Commémoratifs.* Traitement mercuriel.
Larges plaques pseudo-membraneuses, épaisses, adhérentes, pouvant se détacher par *lambeaux.*	Exsudation blanchâtre, boueuse, s'échappant *en grumeaux* dans la salive.
Dents moins facilement ébranlées.	*Dents* plus facilement ébranlées.

On voit que ce diagnostic ne consiste que dans des nuances; mais, je le répète, il n'est presque jamais nécessaire de le porter, et dans le cas où il en est ainsi, ces nuances sont suffisantes.

Pronostic. Nous avons vu que la stomatite couenneuse, lors même qu'elle se manifeste sous forme épidémique, se termine ordinairement par la guérison. Deux circonstances peuvent empêcher une terminaison favorable. La première est l'extension de l'inflammation couenneuse aux parties voisines de la cavité buccale ; la seconde est le passage de la maladie à une variété plus grave, c'est-à-dire à la gangrène profonde des parties : c'est là du moins l'opinion de M. Taupin, qui a vu plusieurs cas de ce genre. Il en résulte que cette affection doit être regardée comme sérieuse, et qu'on doit se hâter de l'attaquer par tous les moyens connus.

La stomatite pseudo-membraneuse, qui survient dans le cours d'une autre maladie, n'est pas grave par elle-même, mais son apparition annonce un haut degré de gravité de l'affection qu'elle vient compliquer.

§ VII. — Traitement.

M. Taupin, qui a étudié avec attention les causes des diverses espèces de stomatite grave, a divisé le traitement en prophylactique et en curatif. Les autres auteurs, au contraire, ne se sont guère occupés que des moyens directs opposés à la maladie. Suivons donc M. Taupin dans son exposition du traitement prophylactique.

Traitement prophylactique. On détruira, autant que possible, les conditions hygiéniques qui y exposent les sujets, et pour cela, on tiendra habituellement ceux-ci dans un lieu sec bien aéré, on leur donnera une nourriture saine et abondante, des vêtements chauds et secs; des médicaments toniques, si leur constitution est très affaiblie. En outre, il faudra arracher les dents cariées et entretenir une grande propreté de ces parties chez ceux qui ont des abcès, des plaies, des fistules de la cavité buccale. On hâtera la cicatrisation de ces plaies par des injections astringentes et des cautérisations. Je devrai rappeler ce traitement préservatif à l'article *Stomatite gangréneuse.*

Traitement curatif. Par suite de sa manière de voir sur les différentes espèces de stomatites qui viennent d'être décrites, M. Taupin a naturellement exposé un traitement qui s'applique à toutes les variétés. Je me contenterai ici d'exposer les moyens qu'il faut opposer à la stomatite couenneuse en particulier, renvoyant aux articles suivants pour de plus grands détails.

M. Bretonneau a démontré que cette maladie n'était nullement de nature scorbutique, et que par conséquent il est inutile de prodiguer les *antiscorbutiques*, et en particulier les acides, comme on l'a fait souvent. Pour lui, il n'est qu'une seule médication réellement efficace, c'est la *médication topique*. On peut voir à ce sujet ce que j'ai dit plus haut relativement à ces moyens.

J'ajouterai seulement ici que M. Bretonneau emploie de préférence la *cautérisation par l'acide hydrochlorique pur*, pratiquée avec un pinceau. On y a recours deux fois dans l'espace de quarante-huit heures, si la maladie ne s'est montrée que depuis peu de jours, et « la guérison, dit cet auteur, ne tarde pas à être obtenue sans qu'il soit besoin de recourir à de nouvelles applications. Dans les cas où la maladie a duré plus longtemps, elle est plus rebelle. Il faut alors suspendre, et reprendre alternativement les applications d'acide; car si elles étaient trop multipliées on tomberait dans l'inconvénient d'une cautérisation trop profonde. »

Le traitement topique, ajoute ce médecin, exige quelques attentions particulières

pour les gencives, l'inflammation pelliculaire occupant ordinairement leur bord angulcux et la sertissure des dents.

« Il faut alors, à l'aide de morceaux de papiers roulés, faire pénétrer l'acide dans chaque interstice, et le mettre en contact avec tous les points affectés. Un pinceau de linge ou un morceau d'éponge suffisent pour toucher les surfaces moins sinueuses. Si ces précautions sont négligées, il n'est pas rare qu'après quelques jours de guérison apparente, la stomatite couenneuse ne vienne à reparaître. »

Le *nitrate d'argent* peut aussi très bien servir à la cautérisation. Il faut employer une solution concentrée : par exemple, 1 *gramme* sur 15 *grammes d'eau*, et l'appliquer de la même manière que l'acide hydrochlorique.

Quant aux *gargarismes astringents* et *toniques*, ils ne diffèrent pas de ceux qui ont été indiqués à l'article *Stomatite mercurielle* (voy. p. 227 et suiv.). Je me bornerai à en indiquer un qui a été employé par le docteur Herz, dans un cas cité par Selle (1) :

℞ Sulfate de zinc........................ 2 gram.

Dissolvez dans :

Eau commune........................ 180 gram.

Ajoutez

Miel rosat........................... 30 gram.

Lavez, toutes les quatre heures, la bouche, avec un linge imbibé de cette solution.

M. Guépratte (2) recommande, comme désinfectant complétement la bouche, l'emploi de la poudre suivante :

℞ Quinquina pulvérisé........ 4 gram.	Poudre de charbon......... 2 gram.
Chlorure de chaux.......... 2 gram.	

Mêlez. Insufflez cette poudre avec un tuyau de plume, ou portez-la avec une spatule sur le point altéré.

Les *toniques* pris à l'intérieur, les *amers*, et, dès que les malades peuvent faire usage d'une nourriture un peu substantielle, un régime analeptique, complètent le traitement. Ce sont des points sur lesquels je reviendrai dans un des articles suivants, où il sera question de la stomatite gangréneuse, et où l'on trouvera tous les détails nécessaires. C'est pourquoi je n'insiste pas davantage.

ARTICLE VI.

APHTHES.

Sous le titre d'*aphthes*, les auteurs anciens ont décrit la plupart des maladies de la bouche : inflammations couenneuses, ulcéreuses, gangrène, tout était désigné sous ce nom générique ; de telle sorte qu'il existait sur ce point une confusion extrême. Willan et Bateman, et après eux Billard, ont les premiers senti combien il était nécessaire d'établir une distinction fondamentale entre des états si différents ; et le dernier, dans son article sur la stomatite folliculeuse (3), a réservé exclusivement le nom d'*aphthes* au développement de petites vésicules suivies d'ulcérations

(1) *Beitrage zür Nature und Arz*, t. I, p. 135.
(2) *La clinique de Montpellier*, 1844.
(3) *Traité des maladies des enfants*, 2ᵉ édit., Paris, 1833, p. 218.

peu considérables : lésion qui, bien que pouvant être liée à un état particulier du tube intestinal, constitue principalement une affection locale de peu de gravité. On voit par là combien peu nous seront utiles les écrits des anciens, qui, se rapportant à une multitude d'affections diverses, nous laissent presque nécessairement dans le doute et l'incertitude.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le nom d'*aphthes* doit être exclusivement donné à une maladie vésiculo-ulcéreuse qui a son siége sur les différentes parties de la muqueuse buccale. Cette définition, adoptée par Guersant (1), est aujourd'hui la seule qui puisse être admise.

Autrefois on donnait à cette maladie une foule de dénominations diverses qu'il est inutile de rappeler ici, puisque la plupart s'appliquent, comme je l'ai dit plus haut, à des lésions toutes différentes. Billard propose de la désigner sous le nom de *stomatite folliculeuse*, parce que c'est dans les follicules qu'il place le siége de la lésion caractéristique. On pourrait lui donner aussi celui de *stomatite vésiculeuse* ou *vésiculo-ulcéreuse*, ce qui ferait cesser toute confusion à son sujet. Mais le nom d'*aphthes* étant généralement admis, je le conserverai, tout en rappelant la définition précise que j'en ai donnée plus haut.

La *fréquence* de cette affection est assez grande ; mais on sent combien elle doit paraître moins considérable depuis qu'on a déterminé ses caractères d'une manière précise. Lorsque l'on donnait le nom d'*aphthes* au muguet, qui n'a aucune espèce de rapport avec eux, à la gangrène de la bouche, à la stomatite mercurielle, etc., on devait, en effet, regarder cette maladie comme une des plus fréquentes du cadre nosologique.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Quand on rangeait sous la dénomination d'*aphthes* tant d'affections diverses, on attribuait nécessairement au *jeune âge* une grande influence comme cause prédisposante ; car la gangrène de la bouche, le muguet et la stomatite couenneuse, affectent de préférence les enfants ; mais il ne peut plus en être de même si, comme on doit le faire, on renferme la maladie dans les limites qui lui ont été assignées plus haut : c'est alors une affection de *tous les âges*, qui n'a pas été étudiée avec assez de soin pour qu'on puisse dire si elle est notablement plus fréquente à une certaine époque de la vie. On doit reconnaître dès lors, avec Guersant, qu'il est parfaitement inutile de distinguer, ainsi que l'ont encore fait Willan et Bateman, les aphthes des nouveau-nés de ceux des adultes. Quant au *sexe*, aux diverses *constitutions*, etc., rien n'a été dit de positif à cet égard, et nous n'aurions aucun intérêt à entrer dans de plus grands détails sur ces causes prédisposantes.

Toutefois, en établissant, avec Guersant, une distinction entre les aphthes confluents et les aphthes discrets, il faut ajouter que les premiers se montrent principalement dans *certains pays*. C'est en Hollande surtout qu'on les voit sévir le plus souvent, et même on y a observé de petites épidémies de cette affection. M. le docteur Schonenberg (2), sous le nom d'*aphthes indiens*, décrit cette espèce

(1) *Dict. de méd.*, 2ᵉ édit., t. III, art. APHTHES.
(2) *Nederland'sh Lancet*, 1844.

d'aphthes graves, qui paraît commune à Haïti et à Porto-Rico. En France, il est très rare d'en trouver des exemples, même isolés. Cependant on voit quelquefois plusieurs sujets présentant, dans une même localité, cette affection à un degré remarquable. M. Louis m'a dit avoir fait récemment cette observation sur deux jeunes gens vigoureux, habitant la même maison. Doit-on admettre, dans des cas semblables, une espèce d'influence épidémique ? Il le faudrait, si les cas se multipliaient.

Il serait intéressant de rechercher si la différence que je viens de signaler tient à l'influence du climat, de la nourriture ou de toute autre condition hygiénique, ce que l'on n'a pas fait encore d'une manière satisfaisante.

2° Causes occasionnelles.

On peut ranger parmi les causes occasionnelles des aphthes les *substances irritantes* portées sur la membrane muqueuse buccale, et principalement les *substances alimentaires :* les salaisons, les aliments âcres, etc. C'est une opinion généralement reçue que les aphthes atteignent principalement ceux qui font abus de ces substances. Cependant la chose n'est pas parfaitement démontrée, et l'on doit admettre, au moins, l'existence d'une prédisposition particulière.

On a remarqué que les aphthes se lient très fréquemment, surtout lorsqu'ils sont confluents, avec une *irritation* marquée des autres parties des voies digestives, et principalement de l'estomac. En pareil cas, l'affection vésiculaire de la bouche est-elle sous l'influence de l'irritation gastro-intestinale ? C'est ce que l'on admet généralement. Mais en l'absence de faits bien précis, on peut croire également que les lésions qui siégent dans les diverses parties du tube digestif se sont développées sous une influence générale qui ne nous est pas suffisamment connue.

Rien, comme on le voit, n'est plus vague que l'étiologie de cette affection, ce qui est dû sans doute à son peu de gravité dans le plus grand nombre des cas.

§ III. — Symptômes.

Il est important, relativement aux *symptômes*, de distinguer, comme l'a fait Guersant, les aphthes discrets des aphthes confluents.

Aphthes discrets. Dans cette espèce, les symptômes sont bornés à la bouche et à l'estomac ; il est très rare du moins qu'il en soit autrement. Soit que le sujet ait ressenti depuis quelque temps un trouble léger des fonctions digestives, comme inappétence légère, goût acide à la bouche, sentiment de gêne vers l'épigastre; soit qu'il n'ait point éprouvé ces symptômes, ou qu'il ne les ait pas remarqués, on voit apparaître sur la face interne de la lèvre inférieure, sur les bords de la langue, sur la face interne des joues, et, ainsi que l'a remarqué Billard, sur le sommet des gencives chez les enfants qui n'ont pas encore de dents, une petite élévation rouge, au milieu de laquelle se montre bientôt un petit point blanc, présentant quelquefois une *tache foncée à son centre.*

Il est rare que cette inflammation particulière s'arrête à ce degré : cependant on en a vu des exemples ; mais ordinairement on observe les progrès suivants, qui ont été très bien décrits par Billard : les points vésiculeux s'élargissent, en conservant leur forme primitive ; on ne tarde pas à voir sortir de leur pertuis central une

matière blanchâtre, qui se trouve d'abord comme comprimée et voilée par l'épithélium, dont la déchirure ou l'ulcération, survenant bientôt, laisse exsuder la matière renfermée dans la vésicule. Cette matière, d'abord limpide, devient ensuite blanche et puriforme.

Parvenue à ce degré, la lésion se présente sous la forme d'un *ulcère* arrondi, dont les bords, quelquefois coupés à pic, sont plus ou moins tuméfiés, et presque toujours environnés d'un cercle inflammatoire d'un rouge couleur de feu. Le fond de ces ulcères est ordinairement d'un gris assez marqué, avec une espèce de demi-transparence. On pourrait les comparer, jusqu'à un certain point, à l'ulcération qu'on observe assez souvent entre les faces contiguës des doigts des pieds, et qu'on a nommée *œil-de-perdrix*.

Il arrive quelquefois, selon Billard, que ces aphthes se couvrent d'une *matière crémeuse*, blanche, adhérente comme une petite croûte, et finissant par tomber au milieu de la salive. Cette altération, Billard l'a observée chez les très jeunes enfants. On pourrait alors confondre cette affection avec le muguet ou stomatite crêmeuse ; mais, avec un peu d'attention, on parvient facilement à les distinguer.

Le *nombre* de ces ulcérations est nécessairement peu considérable dans les aphthes discrets, et c'est surtout à la face interne de la lèvre supérieure et sur le dos de la langue qu'on en trouve la plus grande quantité.

Billard a beaucoup insisté sur un aphthe qui se montre au frein de la langue. Il est permis de croire que, dans un certain nombre de cas, il a pris pour un aphthe une ulcération de cette partie, due au ramollissement inflammatoire des tissus, et qui se montre assez souvent chez les enfants, surtout dans le muguet.

Je n'indiquerai pas ici les transformations que subissent les aphthes jusqu'au moment de la guérison, parce qu'elles ne diffèrent pas de celles qu'on remarque dans les aphthes confluents, dont je parlerai tout à l'heure.

En même temps que les aphthes se montrent dans la bouche, les symptômes du côté du tube intestinal continuent ou augmentent. Je signalerai la *soif*, l'*appétence des boissons acidulées*, les *éructations acides*, les *digestions difficiles*. Ordinairement il existe un certain degré de *constipation*, quelquefois une *diarrhée légère*. Ces symptômes, du reste, n'ont pas été étudiés avec méthode.

Quant au *mouvement fébrile*, il est ordinairement nul dans les aphthes discrets. Dans quelques cas, cependant, on a noté l'*accélération du pouls* et une augmentation de *chaleur* assez prononcée ; on a vu même ces phénomènes précéder l'apparition des ulcérations buccales ; mais, en pareil cas, on peut se demander, avec Guersant, si les symptômes intestinaux et buccaux ne sont pas produits sous l'influence de la fièvre, plutôt qu'ils ne l'ont fait naître. Ce sont des questions que l'observation n'a pas encore éclairées.

Aphthes confluents. Les aphthes confluents constituent une affection qu'il est fort rare d'observer en France. D'après la description qui en a été donnée par quelques auteurs étrangers, et par Ketelaer en particulier, elle attaque principalement les femmes en couches ; mais, à l'hospice de la Maternité de Paris, on l'observe au moins bien rarement, puisque M. Cruveilhier a dit à Guersant ne l'avoir jamais observée pendant plusieurs années qu'il a été chargé d'un service dans cet hôpital. Je me bornerai à citer l'extrait suivant que Guersant nous a donné des diverses descriptions tracées par les auteurs étrangers :

Les aphthes confluents débutent ordinairement par des frissons, de la céphalalgie, de la fièvre : ces symptômes se calment ordinairement après l'éruption ; la fièvre diminue, sans cesser d'être continue ; quelquefois même elle s'accompagne d'exacerbations plus ou moins prononcées. La fièvre, ici, paraît se rattacher essentiellement à l'éruption, et n'être qu'un des symptômes de la maladie éruptive ; tandis qu'au contraire, dans l'aphthe éphémère (1), la fièvre, quand elle existe, est accessoire ou concomitante, et dépend de tout autre cause que de l'éruption. Dans l'aphthe stationnaire, la déglutition est presque toujours plus ou moins douloureuse, en raison du nombre plus ou moins considérable des pustules qu'on observe sur le voile du palais et dans les fosses gutturales. Ces pustules sont quelquefois si nombreuses, qu'elles paraissent comme confluentes. Elles simulent alors assez bien l'éruption varioleuse dans le cas où elle occupe la bouche, le voile du palais et une partie des fosses gutturales.

« Lorsque, ajoute Guersant, l'éruption s'étend à toutes les parties et est très nombreuse, le malade est tourmenté d'angoisses précordiales, d'anxiété et même de vomituritions. Si l'éruption se propage jusqu'au canal intestinal, comme Ketelaer dit en avoir observé des exemples, des douleurs abdominales, la diarrhée, accompagnent les symptômes précédents. »

Je n'insisterai pas davantage sur cette description, qui demanderait de nouvelles recherches.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Les aphthes discrets ont une *marche* rapide ; les pustules peuvent se développer, se rompre, former un petit ulcère et se cicatriser en quatre ou cinq jours : cependant il arrive assez fréquemment que le développement des pustules ayant lieu successivement, la marche de la maladie en est rendue plus lente. Alors, si l'on n'en triomphe pas par un traitement approprié, la *durée* de l'affection peut être assez considérable. Les aphthes confluents ont une marche plus lente et une durée beaucoup plus longue ; c'est ce qui leur a fait donner par Guersant le nom de *stationnaires*, par opposition aux précédents, qu'il désigne sous celui d'*éphémères*.

La *terminaison* de la maladie est également très différente, suivant que l'aphthe est confluent ou discret. Dans le second cas, l'affection se termine toujours d'une manière favorable, et si la mort a lieu, elle est due aux progrès d'une maladie étrangère, dans le cours de laquelle les aphthes se sont produits. En est-il autrement pour les aphthes confluents ? C'est ce qu'il est impossible de décider d'une manière positive ; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que l'affection, pouvant gagner l'arrière-gorge, présente une gravité beaucoup plus grande, ainsi qu'on a pu en juger par la description des symptômes.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'ai très peu de chose à dire sur les lésions anatomiques, qui se sont trouvées presque entièrement décrites dans l'exposé des symptômes. Des pustules peu considérables, entourées d'un liséré rouge, et plus souvent de petits ulcères arrondis

(1) Guersant donne, comme on le verra plus loin, le nom d'*aphthe éphémère* à l'aphthe discret, et celui d'*aphthe stationnaire* à l'aphthe confluent.

intéressant la superficie de la muqueuse, à fond grisâtre, avec un léger gonflement environnant : telles sont les altérations qu'on trouve dans la bouche. Billard dit avoir vu quelquefois ces aphthes couverts d'une pellicule pseudo-membraneuse. Dans les cas d'aphthes confluents, on trouve des pustules, des ulcérations nombreuses, rapprochées, dans la bouche et le pharynx, et un gonflement plus considérable des tissus affectés. Quelques autres lésions, dues à l'inflammation de la partie inférieure du canal intestinal, paraissent liées à l'éruption aphtheuse. Quant aux altérations des autres organes, elles ont ordinairement précédé celle-ci, qui a pu se développer sous leur influence.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* des aphthes discrets ne présente point de difficultés sérieuses. Les pustules sont isolées et ne sont suivies que d'ulcérations bornées. On ne peut les confondre avec aucune des stomatites précédemment décrites ou de celles qui vont suivre. Il n'en est pas tout à fait de même des aphthes confluents. Pour les distinguer de la *stomatite couenneuse*, qui s'accompagne souvent d'ulcérations superficielles, il faut suivre la marche des deux maladies. Nous avons vu en effet, que cette stomatite débute, non par des pustules, mais par de petites plaques blanches qui s'étendent ensuite. En outre, c'est par les gencives qu'elle commence, tandis que les aphthes affectent principalement la face postérieure de la lèvre inférieure et la langue. Enfin les ulcérations y sont recouvertes de la pseudo-membrane caractéristique, ce qui n'a lieu, pour les aphthes, que dans des cas exceptionnels.

On ne confondra pas les aphthes, même confluents, avec le *muguet*, quand on se rappellera que celui-ci commence par des points blancs non pustuleux, formant par leur rapprochement une exsudation crémeuse, et ne présentant d'ulcérations que dans quelques points isolés. Ces dernières ulcérations n'ont pas d'ailleurs les caractères des ulcérations aphtheuses ; car, ainsi qu'on l'a vu dans la description du muguet, elles résultent du ramollissement inflammatoire de la muqueuse, dans une grande partie de son épaisseur.

Enfin, la *stomatite ulcéreuse simple*, qui sera décrite plus loin, diffère des aphthes en ce qu'elle n'est constituée que par des ulcères isolés et très peu nombreux, commençant par une rougeur diffuse, s'étendant rapidement à partir du moment de leur formation, et intéressant bientôt une épaisseur considérable des tissus.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs des aphthes confluents et de la stomatite couenneuse.*

APHTHES CONFLUENTS.	STOMATITE COUENNEUSE.
Débutent par des *pustules* sur la face postérieure des lèvres et la langue.	Débute par des *plaques* pseudo-membraneuses sur les gencives.
Ulcérations arrondies, *visibles*.	Ulcérations *couvertes* par la pseudo-membrane.
Pas de *pseudo-membrane*, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels (Billard).	*Pseudo-membrane* couenneuse caractéristique.

2° Signes distinctifs des aphthes confluents du muguet.

APHTHES CONFLUENTS.	MUGUET.
Commencent par des *pustules*.	Commence par des *points caséeux*.
Pas d'*exsudation* crémeuse.	Forme une *couche d'exsudation* crémeuse.
Ulcérations *nombreuses, peu profondes*.	Ulcérations *en petit nombre, profondes*, résultant du ramollissement inflammatoire des tissus.

3° Signes distinctifs des aphthes et de la stomatite ulcéreuse proprement dite.

APHTHES.	STOMATITE ULCÉREUSE.
Commencent par des *pustules*.	Commence par une *rougeur diffuse*.
Ulcérations limitées, *superficielles*.	*Intéresse* rapidement une grande épaisseur des parties molles.

Pronostic. Après ce qui a été dit de la terminaison de la maladie, on ne peut regarder les aphthes comme une affection grave que dans des cas exceptionnels. Lorsqu'ils gagnent le pharynx et les parties voisines, ils acquièrent un certain degré de gravité.

§ VII. — Traitement.

J'ai eu occasion de faire remarquer plusieurs fois dans cet article, ainsi que dans les précédents, que ce qui nous a été laissé par les auteurs des siècles derniers et le commencement du siècle présent sur le traitement des aphthes, s'applique à un grand nombre de maladies diverses. Il est donc impossible de leur faire des emprunts multipliés, qui ne serviraient qu'à jeter de la confusion dans l'exposé qui va suivre. Voici quelle est la manière dont on traite aujourd'hui les aphthes :

1° *Traitement topique. Lorsque les aphthes sont discrets*, on se borne ordinairement à prescrire des *gargarismes adoucissants* ou légèrement *acidulés*, qui réussissent presque toujours à triompher de cette légère affection. Ces gargarismes sont faits avec la décoction de guimauve, d'orge miellée, de figues grasses, etc. On peut les couper avec du lait. Quand la douleur est considérable, on y fait dissoudre 15 ou 20 centigrammes d'*extrait gommeux d'opium*, ou l'on y ajoute une trentaine de gouttes de *laudanum*.

Lorsque les aphthes sont confluents, on peut, ainsi que le conseille Guersant, promener sur les ulcérations, à l'aide d'un pinceau de charpie, le *mucilage de pepins de coing* pur ou avec addition de quelques gouttes de laudanum ; mais le plus souvent on est obligé, en pareil cas, d'avoir recours à une médication topique plus active.

Cette médication, je ne crois pas devoir la présenter ici, attendu qu'elle ne diffère en aucune manière de celle qu'on a mise en usage contre la stomatite couenneuse. Ainsi, les *astringents*, la *cautérisation* par les acides, et particulièrement par l'*acide hydrochlorique pur ou joint au miel* (voy. p. 251 et 258), sont employés absolument de la même manière. Ce serait tomber dans des redites inutiles que d'entrer ici dans des détails sur ce sujet.

Je dirai seulement que la médication topique active a une très grande influence sur la cicatrisation des ulcérations légères qui succèdent aux pustules d'aphthes discrets. Il suffit presque toujours, en effet, de les toucher légèrement avec l'acide

hydrochlorique mêlé au miel dans la proportion d'*une partie d'acide sur deux de miel*, ou avec une *solution de nitrate d'argent*, pour voir disparaître bientôt la douleur, et la muqueuse reprendre son état primitif.

2° *Médication générale.* Dans les cas d'aphthes discrets, on n'a besoin d'avoir recours à aucun moyen général, si l'affection est bornée à la bouche. Il suffit de s'en tenir à un *régime doux et léger*, observant de s'abstenir des substances alimentaires irritantes qui ont pu déterminer l'apparition des pustules. Lorsqu'il existe des symptômes d'embarras gastrique, on prescrit soit un simple *laxatif*, soit l'éméto-cathartique suivant :

℞ Tartre stibié......... 0,05 gram.	Sulfate de soude........ . 15 gram.

A prendre en une fois, dans un verre d'eau.

Dans les cas d'aphthes confluents, le médecin se détermine d'après les symptômes les plus prononcés. On prescrit des *boissons acidulées* avec l'acide tartrique ou citrique, ou bien l'eau de veau, la décoction de pulpe de tamarin, le petit-lait, etc.

Si l'inflammation de la bouche est considérable, si les douleurs sont vives, et si le pharynx est envahi dans toute son étendue, ce n'est pas une raison, suivant Guersant, d'employer les *saignées générales ou locales ;* il faut pour cela qu'il y ait un haut degré de fièvre, et que la déglutition soit notablement gênée. Ce n'est pas là toutefois une opinion qui résulte d'une analyse de faits bien concluants.

Contre les symptômes intestinaux, et surtout contre la diarrhée, on a eu recours à l'application de *sangsues sur l'abdomen*, et de plus aux divers *moyens propres à arrêter le dévoiement*, tels que l'eau de riz, les *lavements laudanisés*, la *décoction blanche*, etc. Suivant Guersant, les bains généraux sont spécialement utiles, non seulement lorsque la fièvre est peu intense, mais encore lorsque les symptômes intestinaux présentent un certain degré de gravité.

Enfin, on a recommandé, dans les cas où il survient des signes d'un état typhoïde, les *toniques*, tels que la décoction de *quinquina*, la même substance en *lavements*, avec addition d'une certaine quantité de *camphre*, en ayant soin d'insister sur les boissons acidulées.

Il est facile de voir qu'il n'y a rien de bien positif dans nos connaissances sur le traitement de cette affection. C'est pourquoi je n'ai pas cru devoir entrer dans de plus grands détails. Les praticiens peuvent d'ailleurs facilement y suppléer dans les cas graves, qui se présentent si rarement en France.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement topique.* Gargarismes émollients, légèrement acidulés ou opiacés ; cautérisation avec les acides et le nitrate d'argent ; astringents.

2° *Médication générale.* Boissons adoucissantes, acidules ; purgatifs ; éméto-cathartiques ; saignées générales ou locales ; bains généraux ; opiacés ; toniques.

ARTICLE VII.

STOMATITE ULCÉREUSE.

On ne trouve dans les auteurs rien de précis sur l'affection à laquelle on doit donner exclusivement le nom de *stomatite ulcéreuse*. Sa description se trouve confon-

due dans celle des autres stomatites. Il n'en est qu'une seule espèce, le chancre syphilitique de la bouche, qui ait attiré à un certain degré l'attention des médecins; encore faut-il remarquer que les syphiliographes n'ont point étudié spécialement le chancre de la cavité buccale, mais bien le chancre en général, en se bornant à signaler la possibilité de son apparition dans la bouche. On conçoit bien néanmoins que l'état des parties pourrait avoir une influence plus ou moins marquée sur l'apparition, le développement, la durée et les autres principales circonstances de ce symptôme syphilitique. Ce serait donc là un sujet de recherches qui pourrait présenter de l'intérêt.

Avant de commencer l'histoire de la stomatite ulcéreuse, il faut bien déterminer les limites qui doivent être assignées à cette affection. Nous avons vu déjà que plusieurs des stomatites précédemment décrites offrent des ulcérations plus ou moins profondes. On pourrait donc penser que leur description eût été mieux placée ici. Mais il faut remarquer que dans ces stomatites, telles que la stomatite couenneuse et la stomatite aphtheuse, l'ulcère n'est pas le caractère essentiel de la maladie; c'est une lésion qu'on peut regarder comme le résultat d'une autre lésion antérieure et plus importante, et qui n'ajoute rien de particulier à l'affection. Dans celle que nous allons étudier, au contraire, l'ulcère est la lésion capitale, sinon unique; on peut même dire que, dans la plupart des cas, c'est lui qui constitue à peu près toute la maladie.

On peut diviser la stomatite ulcéreuse en deux espèces distinctes, suivant sa nature. Dans l'une, la maladie est simple, elle n'est point due à un virus particulier: c'est la *stomatite ulcéreuse simple*. Dans l'autre, la présence d'une cause spécifique est évidente; cette cause est le virus syphilitique. On pourrait la nommer *stomatite ulcéreuse syphilitique*, dénomination qui comprendrait les chancres primitifs et les ulcères consécutifs; mais le nom de *chancre de la bouche* est généralement adopté.

On voit que je ne dis rien d'une espèce de stomatite ulcéreuse qui cependant est très importante: c'est la stomatite ulcéreuse qui se termine par la gangrène; mais dans cette dernière il est évident, ainsi que l'a démontré M. Taupin, que, malgré sa forme ulcéreuse, l'affection n'est en réalité autre chose qu'une gangrène, et c'est par conséquent dans la description de la gangrène de la bouche qu'il faudra la faire rentrer. Je n'aurai point à parler non plus des ulcères scorbutiques, qui ne sont qu'un symptôme, et qui ont été décrits ailleurs (1). J'en dis autant des ulcères nombreux qui se forment dans la salivation mercurielle (2).

§ I. — Définition.

En résumé, je réserve le nom de *stomatite ulcéreuse* à une maladie qui consiste uniquement dans la production d'ulcères, en dehors de toute complication, et, par conséquent, il ne doit être question dans cet article que des ulcères simples qui existent rarement et des ulcères syphilitiques.

Il serait à désirer que la question fût étudiée, sous ce point de vue, par des observateurs qui pourraient rassembler un assez grand nombre de faits propres à éclairer plusieurs points obscurs qui s'y rattachent. En attendant, exposons le petit nombre de renseignements qui nous sont fournis par les auteurs.

(1) Voy. art. *Scorbut*.
(2) Voy. *Stomatite mercurielle*, ci-après.

§ II. — Causes.

Nous sommes fort peu instruits sur les causes de la *stomatite ulcéreuse simple*. Il semble, d'après le petit nombre d'observations que nous possédons, qu'elle appartient presque exclusivement à la première enfance. Parmi un grand nombre d'auteurs que j'ai consultés, Billard (1) est le seul qui lui ait consacré un article particulier; or c'est chez des enfants très jeunes qu'il observait. J'ai également trouvé, chez les enfants nouveau-nés, une ulcération souvent profonde de la muqueuse buccale. J'en ai déjà dit un mot dans l'article *Muguet*, maladie dans laquelle cette ulcération se rencontre bien plus fréquemment que dans toutes les autres. Aux autres *âges*, il est fort rare de voir un ulcère se développer dans la bouche, à moins qu'on n'en trouve la cause dans l'abus du mercure, le scorbut, un cancer de la bouche, la syphilis, etc. On a vu quelquefois des excoriations se manifester au voisinage des dents cariées, présentant des aspérités, ou surchargées de tartre; mais le plus souvent aussi, dans ces cas, il se produit une stomatite érythémateuse, ou bien, dans quelques conditions particulières de l'organisme, une stomatite gangréneuse ou couenneuse. D'un autre côté, l'ulcère de la bouche se montre assez souvent sur la face interne de la joue, sans qu'on trouve, dans l'état des dents correspondantes, rien qui puisse avoir causé son apparition. Je ne parle point ici des *matières caustiques*, des *liquides bouillants* qui peuvent déterminer une brûlure profonde de la cavité buccale, et par suite une solution de continuité plus ou moins étendue. Pour que l'on pût admettre, en pareil cas, l'existence d'une stomatite ulcéreuse, il faudrait qu'au lieu de tendre à se cicatriser très promptement, comme cela a ordinairement lieu, l'ulcération qui résulterait de la brûlure prît, par une cause interne quelconque, un accroissement marqué, soit en largeur, soit en profondeur.

La cause du *chancre de la bouche* est évidente; seulement il faut distinguer celle qui a produit l'ulcère par contact direct, de celle qui résulte de l'infection générale de l'économie. C'est sur cette distinction qu'on s'est fondé pour diviser le chancre de la bouche en *primitif* et en *consécutif*. Sous ce rapport, du reste, ce qui se passe du côté de la bouche ne diffère en rien de ce que l'on observe sur les autres muqueuses.

Disons seulement que M. Ricord (2) a établi que l'*érosion de la muqueuse*, qui favorise à un si haut point l'absorption du virus en quelque endroit qu'il soit déposé, doit être recherchée avec soin quand il s'agit de la bouche, parce que cette circonstance rend compte de quelques particularités d'étiologie très importantes.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la stomatite ulcéreuse simple n'ont point été exposés avec soin, par les raisons indiquées plus haut. Tout ce que nous savons, c'est que : une *rougeur* plus ou moins vive, un *gonflement* ordinairement médiocre, limités à un ou plusieurs points de la bouche, sont suivis soit d'une *excoriation superficielle*, qui gagne ensuite en profondeur, soit d'un *ramollissement* qui occupe tout d'abord

(1) *Traité des malad. des enf.*, 2e édit., p. 231.
(2) *Lettres sur la syphilis* (*Union médicale*, 1850).

une assez grande épaisseur des parties molles, et qui occasionne la destruction de ces parties, après la chute desquelles il reste un *ulcère* irrégulièrement arrondi, à fond blanchâtre, à bords rouges et plus ou moins douloureux.

Le ramollissement de la muqueuse a été principalement observé chez les enfants très jeunes. M. Denis (1) et Billard en ont cité plusieurs exemples. Le *siége* ordinaire de ces derniers ulcères est le frein de la langue et la voûte palatine. Dans cette dernière partie, c'est ordinairement le long de la ligne médiane que se produit le ramollissement. Il est alors oblong, et pénètre souvent à une telle profondeur, que la membrane fibreuse peut être mise à découvert. On a vu ces ulcères se montrer néanmoins dans d'autres parties de la bouche. Billard (2) cite une observation dans laquelle l'ulcère occupait la base de la langue. Il est plus rare de l'observer à la face interne des joues, où la stomatite ulcéreuse se présente ordinairement avec des caractères qui démontrent sa nature gangréneuse.

J'ai rangé ces derniers cas dans la stomatite simple, mais c'est uniquement sous le point de vue de la nature des ulcères qui sont dus à une simple inflammation, car je ne connais pas d'exemple de stomatite de cette espèce qui se soit montrée autrement que comme complication d'une affection plus générale et plus grave. Chez les jeunes enfants, c'est, comme je l'ai dit plus haut, dans le muguet qu'on voit apparaître cette stomatite. *Chez les adultes*, les choses ne se passent pas ordinairement ainsi. M. Louis a observé qu'après l'âge de quinze ans, la stomatite ulcéreuse a pour siége de prédilection la face interne de la joue, à sa partie postérieure, dans le point le plus rapproché des gencives; et alors, comme je l'ai dit plus haut, il n'est pas rare de trouver les dents correspondantes parfaitement saines.

On sait que dans cette affection il existe de la *douleur;* mais le défaut de descriptions particulières nous empêche de dire quelles sont la forme et la nature de cette douleur.

L'haleine présente dans la stomatite ulcéreuse une *fétidité* constante. Je me contente de mentionner ce symptôme, parce qu'il est commun à toutes les stomatites, moins celle qui consiste dans quelques aphthes discrets, et qu'elle ne présente rien de particulier dans la maladie qui nous occupe.

Quant aux *accidents généraux* auxquels pourrait donner lieu une stomatite de ce genre, les faits sont entièrement muets sur ce point.

J'ai dit que le *chancre syphilitique* n'a point été décrit d'une manière particulière par les auteurs. En faut-il conclure qu'il ne présente aucune particularité ? C'est, je le répète, ce que nous ne pourrons savoir que quand l'observation se sera exercée sur ce sujet.

On sait que le chancre primitif se développe principalement sur la face interne des lèvres, près de leur bord libre, parce que ces parties sont mises plus souvent en contact avec le point où s'est développé le virus vénérien. Cependant on en a trouvé dans toutes les parties de la bouche et à toutes les profondeurs. Ce chancre *débute-t-il*, comme celui de la verge, par une pustule dont la rupture est suivie de l'ulcération ? C'est ce qui n'a point été déterminé par les observateurs. Ils nous ont appris seulement que le chancre pouvait se développer, comme ailleurs, avec les

(1) *Rech. anat.-pathol. sur les malad. des enfants.* Paris, 1826, in-8.
(2) *Loc. cit.*, p. 224

diverses formes qui lui sont propres. Ainsi on y a trouvé le *chancre à base indur* et le *chancre sans induration*, le *chancre serpigineux*, etc. Cependant on n point cité de faits bien authentiques de *chancres phagédéniques* dans l'intérieur la cavité buccale. On sait qu'il est très important, et M. Ricord a mis ce fait hors doute, de rechercher s'il existe ou non une induration à la base du chancre ; ma c'est un point sur lequel je reviendrai plus longuement quand j'aurai à parler d chancres des parties génitales.

Il paraît, d'après les observations, que, dans cet ulcère de la bouche, la *dou leur* est plus vive que dans les autres. Elle l'est surtout beaucoup plus lorsque chancre occupe la surface de la langue. Le contact des corps durs sur la part affectée excite vivement cette douleur, et lorsque les chancres sont nombreux, mastication et la parole peuvent être gênées. Il y a en outre un certain degré d *salivation.*

La *forme* qu'affecte cette espèce d'ulcère est ordinairement la forme arrondi son fond est grisâtre, comme demi-transparent, d'un aspect lardacé. Quant au bords, si c'est un chancre induré, ils sont élevés, durs, et d'un rouge plus ou moin vif; dans le cas contraire, ils dépassent peu le niveau du fond de l'ulcère, et présen tent un liséré rouge assez tranché. M. Ricord a vu dés chancres dont les bord mollasses, étaient décollés dans une certaine étendue. Mais c'est surtout dans chancre consécutif qu'on observe cette forme.

Le *chancre consécutif* se présente avec un aspect différent : ainsi il commen par une rougeur mal circonscrite, comme diffuse, sombre, avec un gonfleme médiocre et une gêne de la partie affectée plutôt qu'une douleur vive. Cet état pe durer assez longtemps. Puis, vers le milieu de cette rougeur, on voit les tiss se ramollir, s'ulcérer, et donner lieu à une perte de substance moins régulière qu la précédente. Cet ulcère a un fond grisâtre ou jaunâtre irrégulier, présentant un espèce de détritus, et ses bords, médiocrement élevés, conservent la rougeur pri mitive, qui s'étend toujours assez loin.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* des diverses stomatites ulcéreuses qui viennent d'être décrites es différente suivant les cas ; mais on peut dire, d'une manière générale, que la sto matite ulcéreuse simple et le chancre syphilitique primitif tendent naturellement la cicatrisation au bout d'un certain temps. Il n'en est pas de même du chancr consécutif qui, si on ne l'arrête par des moyens appropriés, fait des progrès lents mais continus, et peut détruire ainsi une grande étendue des parties molles. Nou verrons des exemples frappants de cette destruction dans la *palatite ulcéreuse* de l même nature. La marche de la maladie présente encore quelques particularités. O sait que M. Ricord a divisé la marche du chancre en trois périodes, qui sont : l période de progrès, la période d'état et la période de réparation. J'indiquerai le caractères qu'il a assignés à ces trois périodes, quand je traiterai du chancre syphi litique des parties génitales, où toutes ces questions seront examinées avec soin.

La *durée* varie beaucoup suivant les cas : longue dans le chancre consécutif elle ne dépasse pas ordinairement une, deux ou trois semaines dans les autres espèces

La *terminaison* de la maladie dépend beaucoup du traitement, du moins pour l

chancre syphilitique consécutif ; mais comme ce traitement a, dans presque tous les cas, une influence favorable, on peut dire que cette terminaison est heureuse. Ceci néanmoins ne doit être entendu que de la lésion locale ; car, dans les chancres syphilitiques, cette lésion locale n'est pas, à beaucoup près, toute la maladie. On a encore à redouter des suites fâcheuses qu'il est bien souvent très difficile de prévoir. D'après les recherches de M. Ricord, le chancre induré est celui dont on doit le plus craindre les funestes conséquences.

Il est rare que les ulcères laissent des cicatrices visibles dans l'intérieur de la bouche. Je parlerai de ces cicatrices à l'occasion de la *palatite ulcéreuse*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je n'ai, relativement aux *lésions anatomiques*, presque rien à ajouter à ce que j'ai dit dans la description des symptômes. Un ramollissement plus ou moins considérable de la muqueuse et des parties sous-jacentes, la destruction de ces parties, une espèce d'infiltration des bords de l'ulcère, voilà principalement ce qu'il importe de considérer. Au reste, j'aurai à y revenir plus tard.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. S'il ne s'agissait que de diagnostiquer d'une manière absolue la stomatite ulcéreuse, rien ne serait plus facile. L'ulcère est, en effet, accessible à la vue : mais, comme nous l'avons reconnu, les ulcères de la bouche sont de nature diverse ; par conséquent, ce qu'il importe de savoir, c'est à quelle espèce appartient la stomatite.

On distinguera la stomatite ulcéreuse simple, celle qui est due à une simple inflammation de la bouche, du *chancre syphilitique*, par sa forme moins régulière ; par l'absence de tout autre signe de maladie vénérienne dans les autres parties du corps, par les commémoratifs, et aussi par la manière dont elle s'est produite. Nous avons vu, en effet, qu'elle était due principalement au ramollissement inflammatoire des parties molles, et, de plus, nous savons qu'elle se manifeste ordinairement, si ce n'est toujours, dans le cours des maladies fébriles, tandis que le chancre se développe, comme chacun sait, en pleine santé.

On distingue la stomatite ulcéreuse, soit simple, soit vénérienne, *des autres ulcères de la bouche*, par les circonstances concomitantes et par les lésions différentes qui caractérisent ces derniers. Dans la *diphthérite*, nous avons vu, il est vrai, se produire des ulcérations plus ou moins nombreuses, mais ces ulcérations sont couvertes d'une couenne se renouvelant avec facilité, et s'étendant à des points où n'existent pas les ulcères.

Dans la *stomatite* ou *salivation mercurielle*, il y a aussi des ulcérations souvent nombreuses ; mais en même temps on observe le gonflement parfois considérable des parties ; l'exsudation pultacée ; le gonflement des glandes salivaires, et la salivation abondante.

Dans le *scorbut*, les ulcères occupent principalement les gencives qui sont gonflées, sanguinolentes, ramollies, dans un état de putridité.

Dans les *aphthes*, la présence d'une vésicule particulière, le peu d'étendue de l'ulcération, son peu de profondeur, suffisent pour faire reconnaître la nature de la maladie.

Enfin, dans la *stomatite gangréneuse*, qui peut aussi se présenter avec la forme ulcéreuse, on observe le gonflement notable des bords de l'ulcère, leur ramollissement rapide, les progrès considérables de la destruction des parties molles, et les signes de la dépression générale qui accompagnent la formation de ces ulcères. Ce diagnostic me paraît suffisant, et il est inutile de le présenter en tableau.

Pronostic. J'ai déjà dit implicitement, à l'occasion de la terminaison de la maladie, sur quoi doit être fondé le *pronostic*. Dans la stomatite ulcéreuse simple et le chancre syphilitique primitif, le pronostic est favorable quant à la terminaison de l'affection locale ; l'induration de la base de l'ulcère, dans le chancre primitif, doit faire redouter des accidents consécutifs. Quant au chancre syphilitique consécutif, le pronostic varie suivant que la constitution est plus ou moins altérée, et aussi suivant que le malade se soumet plus ou moins exactement au traitement, ou se livre à des écarts de régime et à des excès de tous genres.

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* de la stomatite ulcéreuse ne présente rien de bien particulier quant aux moyens locaux ; aussi dois-je me borner à en indiquer les principaux.

Il est rare qu'on soit obligé de recourir aux *émissions sanguines ;* il faut pour cela que les ulcères soient très multipliés, et que l'inflammation qui les environne soit très intense. En pareil cas, c'est aux émissions sanguines locales, aux *sangsues* appliquées à la base de la mâchoire qu'on a ordinairement recours.

Les *gargarismes émollients*, quelquefois légèrement *opiacés*, sont constamment prescrits. Il faut que le malade se gargarise souvent dans la journée pour qu'ils aient un certain effet.

La *cautérisation*, soit avec les acides, soit avec le nitrate d'argent, telle qu'elle a été indiquée plus haut, est un des moyens les plus efficaces pour arrêter l'ulcération ; mais, comme elle ne présente rien de particulier au cas qui nous occupe, il est inutile d'y revenir.

Une question bien plus importante est celle de savoir dans quels cas il faut avoir recours au *traitement mercuriel* ou *ioduré*. Relativement au chancre consécutif la question n'est pas douteuse. Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point, qu'il ne faut pas hésiter à avoir recours à ce traitement dès qu'on aura reconnu la nature de la maladie. Mais je ne crois pas devoir entrer dans les détails, ce traitement devant être présenté dans l'histoire des maladies des parties génitales, à laquelle je renvoie le lecteur.

Quant au chancre primitif, les opinions sont divisées. Les uns, admettant que, dans la production de tout chancre, il y a nécessairement une infection générale, et que, par conséquent, il existe dans l'économie un principe virulent qu'il est toujours important de détruire, veulent qu'on emploie le traitement mercuriel. Cette manière de voir a été récemment défendue avec beaucoup de talent par M. Cazenave (1). Mais d'autres, dont M. Ricord est aujourd'hui le représentant en France, s'appuyant non seulement sur ce que l'infection générale dans le chancre primitif a été simplement admise par le raisonnement, mais non démontrée par l'expérience, et plus encore sur ce que l'observation a prouvé que le traite-

(1) *Traité des syphilides*. Paris, 1843, in-8.

ment mercuriel, dont les inconvénients possibles sont connus, est souvent insuffisant pour prévenir les accidents consécutifs, veulent que le chancre de cette espèce ne soit traité que localement, se réservant d'attaquer la syphilis constitutionnelle lorsqu'elle se sera manifestée par des symptômes non douteux. Cette dernière manière d'agir n'ayant point d'inconvénients réels, je crois qu'on peut l'imiter, quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on se forme sur la production du chancre.

Dans ces derniers temps, de nombreuses observations ont prouvé l'efficacité de l'*iodure de potassium* dans la syphilis constitutionnelle. Il est bon, par conséquent, d'indiquer ici une formule que l'on puisse suivre. M. Ricord propose le gargarisme suivant :

℞ Eau distillée.	250 gram.	Teinture d'iode.	4 gram.
Iodure de potassium.	1 gram.		

Pour se gargariser quatre ou cinq fois par jour.

M. Ricord a cité des cas dans lesquels des ulcères, qui avaient résisté pendant plusieurs mois à l'action du mercure, se sont cicatrisés en moins de quinze jours sous l'influence de ce moyen. Cependant il est important de ne pas s'en tenir à cette simple application externe de l'iodure de potassium, il faut administrer cette substance à l'intérieur, et voici encore une formule de M. Ricord :

℞ Infusion de saponaire.	1 kilogr.	Sirop de sucre.	60 gram.
Iodure de potassium.	2 gram.		

A boire dans la journée.

On pourra ne commencer le traitement que par une dose moitié moindre d'iodure de potassium ; mais, ainsi que l'a remarqué M. Ricord, on peut facilement élever la dose de cette substance à 8 *ou* 9 *grammes*, et presque tous les malades, après quelques jours, peuvent en prendre 4 *ou* 5 *grammes*. C'est au médecin à graduer les doses suivant les cas.

Dans les cas où les parties ulcérées prennent un aspect gangréneux, MM. les docteur Hunt (1) et Romberg (2) prescrivent l'*hydrochlorate de potasse* de la manière suivante :

℞ Hydrochlorate de potasse.	0,90 gram.	Liquide édulcoré.	90 gram.

Dose : une cuillerée à bouche trois fois par jour.

Le premier cite à l'appui trois observations prises chez des enfants de deux à quatre ans, chez lesquels cette médication a eu un plein succès.

Dans le traitement de la stomatite ulcéreuse, le *régime* doit être doux et léger ; il faut s'abstenir des boissons alcooliques et des mets épicés. Quand l'ulcère est très enflammé, les malades en sont réduits à ne prendre que des aliments demi-liquides. Quelques *laxatifs*, pour entretenir la liberté du ventre, complètent ce traitement, qui, sous le rapport des ulcères syphilitiques, sera beaucoup plus développé ailleurs.

(1) Schmidt's *Jahrb.*, t. LXVII, et *Archiv. générales de méd.*, septembre 1851.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 octobre 1851.

ARTICLE VIII.

STOMATITE GANGRÉNEUSE.

La stomatite gangréneuse est une maladie qui n'a été bien étudiée que dans c derniers temps. Nous avons vu, à l'article *Stomatite couenneuse*, qu'un exame superficiel avait fait donner le nom de *stomatite gangréneuse* à ces cas de diphthé rite intense signalés principalement par M. Bretonneau, ainsi qu'à d'autres états d la bouche fort différents. Cette confusion, entre des états pathologiques de natu diverse a apporté nécessairement un très grand vague dans les descriptions, jus qu'à ce qu'enfin on se soit décidé à ne regarder comme stomatite gangréneuse qu celle dans laquelle il y a une mortification évidente des parties constituantes de l bouche.

On ne saurait élever aucun doute sur l'existence de cette dernière forme de l stomatite. Lorsque les recherches de M. Bretonneau ont paru, il y a eu une ten dance à prendre toujours pour de simples diphthérites les affections citées comm de véritables gangrènes. Mais M. Bretonneau (1) lui-même a fort bien distingu la gangrène véritable de la diphthérite, qui n'en a que l'apparence, et tous le auteurs qui se sont occupés des maladies des enfants en ont vu des exemples trè évidents.

Baron, Guersant, Billard, en ont rapporté des observations fort intéressantes; mais aucun auteur n'a traité ce sujet avec plus de soin et d'exactitude que M. Taupin (2), dont le travail est fondé sur 107 observations détaillées, prises à l'hôpital des Enfants dans l'espace de quatre années. C'est principalement d'après ce dernier travail que je vais présenter l'histoire de la stomatite gangréneuse (3). J'emprunterai aussi des détails importants à un travail plus récent et fait avec un très grand soin, de M. J. Tourdes (4) : cet auteur nous a donné un historique très complet de cette maladie; on le consultera avec fruit.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La stomatite gangréneuse est une affection dans laquelle les tissus qui constituent les parois de la bouche sont frappés de mortification à une plus ou moins grande profondeur, quelle que soit la forme sous laquelle se soit d'abord présentée l'inflammation. Cette maladie a reçu les noms de *noma*, *gangrène de la bouche*, *sphacèle de la bouche;* et, sous ceux de *stomacace*, *fégarite*, *aphthe gangréneux*, etc., elle a été confondue avec plusieurs autres maladies qui ont été déjà décrites. Le nom de *stomatite gangréneuse* est aujourd'hui généralement adopté.

(1) *Des infl. spéciales*, etc., p. 129; *Du sphacèle de la bouche.*

(2) *Stomatite gangréneuse* (*Journ. des conn. médico-chir.*, avril 1839).

(3) Le nombre des observations que j'aurais pu rassembler ne serait pas suffisant pour éclairer les principaux points de la stomatite gangréneuse. D'ailleurs, comme je viens de le dire, le travail de M. Taupin est fondé sur des faits bien observés; c'est pourquoi on ne devra pas être surpris de voir que, dans plusieurs points, cet article est une simple analyse, ou même quelquefois une reproduction textuelle du mémoire de cet observateur distingué, qui malheureusement n'a pas cru devoir donner les résultats numériques de l'analyse de ses observations. C'est à peu près la seule imperfection qu'on puisse trouver dans son histoire de la stomatite gangréneuse.

(4) *Du noma ou sphacèle de la bouche chez les enfants*, thèses de Strasbourg, 1848.

La grande *fréquence* de l'affection ressort de ce que j'ai dit plus haut, en citant le travail de M. Taupin. Non seulement, en effet, cet auteur a pu recueillir 107 observations détaillées de cette maladie, mais il en a pu voir plus de 204 cas dans l'espace de quatre ans. M. Taupin évalue à un vingtième au moins des enfants qui sont à l'hôpital le nombre de ceux qui présentent la stomatite gangréneuse. Toutefois cela ne prouve pas que cette proportion, considérée d'une manière générale, soit exacte ; car les enfants appartenant aux classes qui ne vont pas à l'hôpital ne la présentent presque jamais.

Voyons maintenant sous quelles influences se développe la stomatite gangréneuse.

§ II. — Causes.

Avant de passer à l'étude des causes, je pourrais signaler la division qui a été proposée par M. Taupin ; mais, comme les causes ne diffèrent pas, ou du moins, d'après le travail de cet observateur, ne paraissent pas différer sensiblement, suivant la forme qu'affecte la maladie, il vaut mieux renvoyer cette indication au paragraphe suivant, où seront décrits les symptômes.

1° Causes prédisposantes.

Il résulte des recherches des auteurs, et principalement de celles de M. Taupin, que la stomatite gangréneuse est une maladie qui appartient *presque exclusivement à l'enfance*. M. Taupin fait effectivement observer que, dans les traités de pathologie, cette affection n'est pas décrite chez l'adulte, et il ajoute qu'en 1837, sur un mouvement de dix-neuf cents malades à l'Hôtel-Dieu, il n'en a observé qu'un seul cas, dans lequel la stomatite n'était pas même entièrement semblable à celle des enfants, et dans lequel, en outre, on pouvait penser que le malade avait fait usage de préparations mercurielles. On sait, d'un autre côté, que les auteurs précédemment cités, et qui, presque seuls, ont étudié avec soin la gangrène de la bouche, se sont à peu près exclusivement occupés des maladies des enfants. Enfin Van-Swieten place cette affection, que cependant il ne distinguait pas suffisamment de toutes les autres, parmi les maladies de l'enfance ; et le docteur Isnard (1) a été plus loin que tous les autres, car il a donné comme un caractère essentiel de la maladie d'attaquer seulement les enfants. Cependant on trouve çà et là, dans les auteurs, des observations de gangrène de la bouche chez des adultes. M. Bretonneau, entre autres, en a vu un exemple chez une femme de vingt-sept ans, et M. J. Tourdes a cité plusieurs auteurs qui l'ont trouvée aux différents âges de la vie autres que l'enfance. C'est de dix-huit mois à quinze ans que se montre cette espèce de stomatite ; mais il faut observer qu'elle est surtout fréquente de cinq à dix ans.

Quant au *sexe*, M. Taupin, qui cependant est de tous les auteurs celui qui a apporté le plus de précision dans l'étiologie de la maladie, se contente de dire que la stomatite gangréneuse lui a paru beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Il est, ajoute-t-il, porté à croire que cette différence de proportion tient à ce que les garçons sont en général plus négligés par leurs parents. La chose n'est assurément point impossible ; mais, avant de donner cette explication, il eût été

(1) *Sur une aff. gangr. partic. aux enfants*, thèse. Paris, 1818.

nécessaire d'exposer d'une manière précise le nombre des garçons et des filles affectés. M. J. Tourdes, au contraire, l'a trouvée plus fréquente chez les filles. Ainsi, rien de positif sur ce point.

L'*état de santé* dans lequel se produit la stomatite gangréneuse est très important à considérer. Sous ce point de vue, le travail de M. Taupin nous offre les renseignements les plus utiles. Il a vu la maladie se développer quelquefois, au milieu de la meilleure santé, chez des enfants robustes; mais il existait alors une des causes occasionnelles les plus puissantes parmi toutes celles qui seront indiquées plus loin, c'est-à-dire que la maladie avait été provoquée par une cause traumatique quelconque. Bien plus souvent on la voit survenir chez des enfants *affaiblis par des maladies graves*, et surtout par des maladies qui ont nécessité des évacuations sanguines abondantes et une diète prolongée : c'est ce qui résulte des observations de M. Taupin, qui malheureusement encore n'a pas donné les proportions exactes. Voici, suivant lui, dans quelles affections se montre généralement la stomatite gangréneuse : 1° à la suite de quelques *pneumonies* intenses; 2° quelquefois, mais rarement, après la *fièvre typhoïde;* 3° plus souvent à la suite des *fièvres éruptives*, mais plus fréquemment après la rougeole, et surtout après la scarlatine, qu'après la variole. Baron (1) avait déjà signalé l'apparition fréquente de la gangrène de la bouche à la suite de la rougeole, et plus récemment MM. Rilliet et Barthez ont établi sur des chiffres cette plus grande proportion de la stomatite gangréneuse dans cette maladie éruptive. Ces résultats sont confirmés par les recherches de M. J. Tourdes.

M. Taupin a encore observé qu'il n'y avait point de liaison entre l'éruption rubéolique ou scarlatineuse de la bouche et la stomatite gangréneuse; car c'est au moment de la convalescence et lorsque l'éruption de la muqueuse a disparu que la dernière se développe de préférence.

Le même auteur a constaté que les sujets qui, à la suite de la scarlatine, sont atteints d'une *anasarque*, sont plus exposés que les autres à la stomatite gangréneuse. Il faut reconnaître, dans ces cas, l'existence d'une cause générale sous l'influence de laquelle se développe l'affection septique. Cette remarque a été également faite par Billard, et avant lui par Baron.

Les affections qui déterminent une très grande déperdition des forces, telles que les *diarrhées chroniques*, prédisposent les enfants à l'affection qui nous occupe, et M. Taupin a remarqué que la gangrène est d'autant plus intense dans ces cas, que la débilité est plus grande. Dans la phthisie, cependant, elle ne se montre pas très fréquemment, tandis qu'on a souvent occasion d'observer les autres affections de la bouche dans cette maladie chronique et essentiellement débilitante.

Quant aux autres affections, telles que la teigne, les scrofules, les ophthalmies chroniques, M. Taupin ne saurait y voir une cause évidente de stomatite gangréneuse. A ce sujet, il fait observer que les enfants contractent ordinairement cette stomatite dans l'hôpital, et qu'on peut en trouver la véritable cause dans la disposition insalubre des salles consacrées au traitement des affections que je viens de citer. Cependant les enfants atteints de la gale, qui se trouvent dans des conditions semblables, sinon pires, présentent rarement la stomatite gangréneuse; mais la

(1) *Mém. sur une aff. gangr. de la bouche* (*Bull. de la Faculté*, 1816).

contradiction n'est qu'apparente, parce que les enfants atteints de cette maladie ne font qu'un très court séjour à l'hôpital, et n'ont pas, par conséquent, le temps de subir les influences pernicieuses qui les entourent. D'un autre côté, les enfants atteints de maladies aiguës, qui sont traités dans des salles bien disposées sous le rapport hygiénique, ne présentent que très rarement la gangrène de la bouche.

Ces considérations doivent déjà nous faire supposer que la *mauvaise hygiène* à laquelle tant d'enfants sont soumis est une cause puissante de stomatite gangréneuse. C'est ce que tous les auteurs précédemment cités ont reconnu, et ce que M. Taupin a mis hors de doute par ses recherches. Le passage suivant de son mémoire me paraît assez important pour trouver place ici : « J'ai pu constater, dit-il, dans plus des neuf dixièmes de mes observations, que les sujets étaient mal logés, mal vêtus, mal nourris. Quelques uns logeaient dans des garnis où ils étaient entassés au nombre de cinq ou six sur un peu de paille sale et humide. D'autres n'avaient pas d'asile, et avaient été ramassés par la police sous les arches des ponts ou dans des fours à plâtre. Les uns étaient couverts de haillons, ne portaient pas de chemise ou en changeaient fort rarement, et étaient dévorés par la vermine. D'autres ne vivaient que de pommes de terre ou cherchaient leur vie dans les ruisseaux et dans les tas d'ordures. Le plus souvent un même individu présentait toutes ces conditions réunies. »

Il résulte naturellement de ces faits que la maladie qui nous occupe sévit presque exclusivement sur les *dernières classes de la société :* c'est d'ailleurs une vérité à laquelle on arrive directement par l'observation, car tout le monde a constaté que la stomatite gangréneuse est une maladie fort rare chez les enfants des classes riches ; et encore faut-il ajouter que, dans les cas exceptionnels où elle survient dans de bonnes conditions hygiéniques, elle se montre chez des enfants extrêmement débilités par des maladies antérieures, et est souvent alors déterminée par une cause locale particulière.

Il est à peine nécessaire de parler des *professions*. La plupart des enfants qui présentent la gangrène de la bouche n'ont aucune profession ou sont des apprentis qui passent presque toutes leurs journées à faire des courses. M. Taupin n'a jamais remarqué que la maladie fût plus fréquente chez les enfants occupés à manier les métaux, tels que les doreurs, les ciseleurs, les fondeurs, les polisseurs d'or ou d'acier, etc.

Quant aux *saisons*, le même auteur a constaté que la stomatite gangréneuse se développe ordinairement au printemps et en automne, et plus rarement en hiver. Il ne l'a guère vue se développer en été, à moins que cette saison ne fût humide et un peu froide ; aussi cette condition de l'atmosphère lui paraît-elle avec raison avoir une grande influence sur la production de la maladie. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que, lorsque l'atmosphère est sèche dans le cours des saisons où la maladie se montre de préférence, non seulement elle est plus rare, mais encore elle guérit avec beaucoup plus de facilité, et qu'elle se produit de préférence, toutes choses égales d'ailleurs, dans les *climats* froids et humides, comme celui de la Hollande.

Enfin la stomatite gangréneuse se montre le plus souvent sous *forme épidémique ;* ainsi on la voit envahir un quartier, l'hôpital des Enfants ou des Orphelins, les maisons de refuge, de correction, les salles d'asile, quelques pensionnats d'un ordre inférieur.

Telles sont les causes de la stomatite gangréneuse que l'on peut appeler prédisposantes; mais il faut ajouter que l'action continue de ces causes peut devenir, dans certaines circonstances, cause occasionnelle ou efficiente, et alors la maladie se développe sans que l'intervention d'une des causes qui vont être indiquées soit nécessaire.

2° Causes occasionnelles.

Les causes de ce genre sont peu nombreuses; elles se réduisent aux suivantes:

Chez les enfants placés dans les conditions précédentes, on voit la maladie se développer autour d'une *dent cariée*, présentant des aspérités, et qui a lésé les parties voisines. Une *brûlure*, une *solution de continuité quelconque* peut, dans les mauvaises conditions indiquées, se terminer par la gangrène de la bouche.

Quant à la *dentition* elle-même, M. Taupin fait remarquer que la stomatite gangréneuse s'observe plus fréquemment avant et après la septième année, qu'elle coïncide rarement avec l'époque de la première dentition, et que, par conséquent, elle n'a point de rapport direct avec l'évolution des dents.

L'usage du mercure ou du tartre stibié à haute dose n'est pas non plus une cause efficace de cette affection.

Mais une cause très importante à étudier, c'est la *contagion*. Ici il faut dire que les faits ne sont pas très concluants. M. Taupin pense que la contagion est évidente dans la stomatite gangréneuse. « Il a pu, dit-il, constater nombre de fois que la maladie avait été gagnée par des enfants qui mangeaient et buvaient avec la cuiller ou le verre servant à des enfants atteints de cette maladie, et que, dans ces cas, elle se développait d'abord sur les parties en contact avec l'instrument chargé du liquide septique. »

Ce sont là sans doute des faits très importants à noter; mais, dans une question aussi délicate que celle de la contagion, il eût été bon d'entrer dans quelques détails, et d'exposer les observations de manière à faire voir que toutes les circonstances avaient été bien appréciées. Il eût été surtout nécessaire de dire, si parmi les enfants nourris ainsi avec la cuiller servant à d'autres malades, le nombre des sujets atteints était beaucoup plus considérable que parmi les autres. Quoi qu'il en soit, il faut ajouter que la contagion n'a paru agir que dans des cas de stomatite gangréneuse se présentant d'abord sous les *formes couenneuse* et *ulcéreuse*, formes qui vont être étudiées dans le paragraphe suivant. Quant à la *stomatite charbonneuse*, nom sous lequel M. Taupin désigne une troisième forme caractérisée par le sphacèle profond et primitif des parois de la bouche, on n'a pas vu de cas bien évident où elle ait paru se transmettre ainsi par le contact.

M. Taupin s'est demandé encore si la transmission de la maladie se fait au moyen des *miasmes* contenus dans l'air, ce qui constituerait une véritable *infection*. Mais, sous ce rapport, il reste dans le doute relativement à la stomatite à forme couenneuse et ulcéreuse; quant à la stomatite charbonneuse, tout tend à prouver qu'elle ne se communique point ainsi.

J'ai longuement insisté sur les causes de cette affection, parce qu'il est très important que le praticien les connaisse, non seulement afin de soustraire les malades aux atteintes de la maladie dans les cas d'épidémie, mais afin qu'il puisse éloigner toutes ces causes, dans les cas où la maladie s'est déjà déclarée. J'ai,

comme je l'avais annoncé presque exclusivement, suivi dans cette exposition les recherches de M. Taupin. Ces recherches, il est vrai, n'ont fait que confirmer en grande partie les opinions répandues sur l'étiologie de la stomatite gangréneuse; mais ayant été faites sur un grand nombre de cas, et les résultats étant tous fondés sur l'observation, elles ont donné à ces opinions une solidité qu'elles ne pouvaient pas avoir auparavant. Toutefois il est à regretter, on ne saurait trop le redire, que M. Taupin ne nous ait pas donné les proportions exactes des divers cas qu'il a constatés. On peut consulter pour plus de détails le mémoire de M. J. Tourdes, déjà cité.

§ III. — Symptômes.

J'ai dit plus haut que M. Taupin a divisé la maladie en trois formes distinctes : à la première, il a donné le nom de *forme couenneuse ;* à la seconde, celui de *forme ulcéreuse*, et à la troisième, celui de *gangrène noire* ou *stomatite charbonneuse.* On voit, en examinant attentivement les faits, que cette division est motivée : aussi l'existence de ces formes diverses n'avait-elle pas échappé à Billard (1); car cet auteur a signalé, d'une part, les aphthes gangréneux, que l'on peut rapporter aux deux premières formes, et, de l'autre, la gangrène profonde, qui répond à la stomatite charbonneuse de M. Taupin.

Ces trois formes différentes ne sont appréciables qu'au commencement de la maladie; car si celle-ci se prolonge, elles tendent toutes au même résultat, qui est la mortification et la destruction des parties molles. Je vais les examiner séparément dans le commencement de leur cours, et j'exposerai ensuite les symptômes qui leur sont communs.

1° *Forme couenneuse.* D'après les recherches de M. Taupin, cette forme de la maladie n'a jamais son siége ni sur la langue ni sur la voûte palatine; c'est aux gencives qu'elle fait sa première apparition : celles-ci sont couvertes d'une *couche* grisâtre, pultacée, infecte, et qui se renouvelle à mesure qu'on l'enlève. Le *tissu des gencives* est rouge, violacé, inégal, hérissé de saillies frangées, dans les intervalles desquels se voient des enfoncements irréguliers où la muqueuse est excoriée plutôt qu'ulcérée. Cet aspect, dit M. Taupin, rappelle assez exactement celui de la face interne des os du crâne, avec leurs saillies et leurs enfoncements alternatifs.

Si l'on se rappelle la description qui a été donnée plus haut de la stomatite couenneuse, on voit qu'il y a une ressemblance presque parfaite entre cette description et celle qui a été donnée de la stomacace par M. Bretonneau. Par conséquent, on pourrait croire qu'il y a eu ici erreur de diagnostic, et qu'on a pris pour une gangrène une stomatite couenneuse, ainsi que l'ont fait si souvent les auteurs des siècles précédents; mais il est facile de répondre à cette objection : 1° les parties molles sous-jacentes à la couenne présentent évidemment les caractères d'un tissu envahi par la gangrène humide; et 2°, si la maladie n'est pas arrêtée dans son cours, elle entraîne la destruction des parties comme les autres formes.

On comprend que dans cette forme couenneuse il existe naturellement des symptômes semblables à ceux qui ont été décrits à propos de la stomacace. D'ailleurs ces symptômes, tels que la douleur, la salivation, etc., appartiennent aux autres formes, et j'en dirai quelques mots plus loin.

(1) *Loc. cit.*

2° *Forme ulcéreuse.* Celle-ci se présente avec des caractères différents, suivant les cas. Dans quelques uns, le bord libre des gencives se détruit d'abord, puis la destruction gagne de proche en proche les parties voisines, et le fond de l'*ulcère* se couvre d'une petite couche grise qui, d'après les recherches de M. Taupin, est une véritable escarre formée aux dépens du tissu gingival qui s'exfolie et se renouvelle incessamment.

Dans d'autres cas, on observe, au début de l'affection, un nombre variable de *points* d'un blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, sans saillie bien prononcée, et dans les intervalles qu'ils laissent entre eux la *muqueuse* est rouge, gonflée, douloureuse; s'ils sont rares et peu développés, on les rend plus visibles, ainsi que l'a constaté M. Taupin, en opérant une légère traction sur la partie malade.

Plus tard, l'*épithélium* est soulevé par l'*exsudation blanchâtre* qu'on voyait à travers sa transparence, et qui devient de plus en plus abondante; il est déchiré; la matière est expulsée, et l'on aperçoit au-dessous une petite *ulcération.* Plus tard encore, les *ulcères partiels* se réunissent, la fausse membrane se renouvelle; les parties affectées restent dans cet état pendant quelques jours, après lesquels seulement on peut décider si la gangrène revêtira la forme couenneuse ou la forme ulcéreuse. Si la lésion est couverte d'une couche couenneuse, on ne voit pas d'abord la solution de continuité; la partie malade est au contraire élevée au-dessus du niveau des parties voisines, et les bords gonflés de l'*ulcère qui existe constamment* sont cachés par l'exsudation.

Si la forme ulcéreuse doit persister, on voit une solution de continuité très profonde, beaucoup plus longue que large, tapissée au centre et sur les bords par une couche grise assez épaisse, et taillée à pic sur les côtés (1).

3° *Stomatite charbonneuse.* C'est celle qui avait, jusqu'à M. Taupin, fixé presque exclusivement l'attention des auteurs. Elle se manifeste par des symptômes particuliers. Voici encore, d'après la description de M. Taupin, quels sont ces signes :

Elle s'annonce par un *gonflement pâle* des parties qui en sont le siége, et par un *œdème* des parties voisines, remarquable surtout aux paupières; puis la *teinte extérieure* devient plus tranchée. Elle est rouge; la muqueuse est blanchâtre et s'ulcère; la peau noircit, et une *escarre* très volumineuse, molle, infecte, noire, se détache par lambeaux du côté de la bouche. Billard a vu les tissus se transformer en *bouillie putride* et s'échapper comme une espèce de bourbillon.

La face interne de la joue, qui, suivant la remarque de M. Taupin, est plus tardivement affectée que la peau, l'est tout d'abord plus profondément que cette dernière membrane. Quant à celle-ci, elle se ramollit plus tard; elle se déchire; les lambeaux se détachent, et il reste une vaste *excavation* dans laquelle les os se sont mis à nu. Si la mort n'est point trop prompte, ou plutôt si l'on finit par obtenir la guérison, on observe l'élimination et la chute de ces os nécrosés. C'est dans cette forme de la maladie, qu'après la guérison, qui est assez rare, on observe des *cicatrices* bridées, très difformes, semblables à celles des brûlures, et rétrécissant considérablement la cavité buccale, par suite des adhérences de la cicatrice avec les os

(1) Taupin, *loc. cit.*, p. 141.

maxillaires. Il n'est pas rare, en pareil cas, d'observer que la bouche ne peut plus qu'incomplétement remplir ses fonctions.

Tels sont les caractères particuliers des diverses formes de stomatite gangréneuse. J'ai encore suivi dans cette exposition, presque pas à pas, M. Taupin, qui seul pouvait me fournir des renseignements complets. Voyons maintenant quels sont les symptômes communs de ces trois formes diverses.

Début. M. Taupin fait remarquer que le *début* de l'affection est, dans la plupart des cas, difficile à constater, parce que les malades réclament ordinairement les soins du médecin à une époque avancée de la maladie. Cependant on peut conclure de ce fait même que l'affection se produit d'une manière lente et insidieuse. C'est, au reste, ce qu'ont remarqué tous les médecins qui se sont occupés de ce sujet.

Si l'on peut assister aux premiers moments de l'apparition de la maladie, on voit assez souvent les gencives commencer par se tuméfier, devenir rouges, violacées, molles et fongueuses. Il n'y a encore là ni ulcère, ni gangrène proprement dite. C'est dans la forme couenneuse et ulcéreuse que les choses se passent ainsi. De l'abattement, de la tristesse, un malaise général, tels sont les symptômes qui peuvent annoncer alors qu'une affection grave se développe. Cependant, chose remarquable, M. Taupin a vu des cas dans lesquels la santé générale des malades ne paraissait nullement altérée.

Symptômes communs aux trois formes de la maladie. On doit constater d'abord l'existence de la *douleur*, qui paraît ordinairement plus vive dans la forme ulcéreuse ; puis une *difficulté* plus ou moins grande *dans la mastication*, dans certains cas où la maladie occupe une grande étendue ; la *fétidité extrême de l'haleine*, qui, lorsque des escarres se sont formées, prend l'*odeur caractéristique de la gangrène ;* le *suintement* dans la cavité buccale d'un liquide sanieux, putride, qui détermine une *salivation* plus ou moins abondante, et qui peut être avalé par les enfants très jeunes ; enfin le *gonflement* des parties environnantes, et principalement *celui des ganglions lymphatiques sous-maxillaires :* tels sont les symptômes principaux qui se présentent à l'observateur.

Parmi les *symptômes généraux*, on remarque la *tristesse* que nous avons signalée au début, et qui va en augmentant, et un *abattement* considérable des forces, qui devient un affaissement profond quelque temps avant la mort. M. Taupin a noté l'*insomnie* pendant la nuit et l'*assoupissement* pendant le jour.

Du côté des voies digestives, on constate la *perte de l'appétit*, la *diarrhée*, et plus rarement des *vomissements ;* le *ventre* est tendu, douloureux ; la *respiration* est embarrassée ; dans quelques cas, on a noté l'existence d'une *toux* fréquente ; enfin le *pouls* est accéléré et petit ; la *peau* est presque froide et souvent infiltrée.

Lorsque la maladie tend à la guérison, les signes qui annoncent cette terminaison heureuse sont un peu différents, suivant la forme de la maladie. *Dans la forme couenneuse* la pseudo-membrane qui se détache n'est point remplacée, ou ne l'est qu'incomplétement, et les nouveaux lambeaux qui se forment tombent bientôt pour ne plus se reproduire ; le gonflement disparaît, les ulcérations se cicatrisent très promptement, et il ne reste plus rien d'apparent de cet état si grave. *Dans la forme franchement ulcéreuse*, les bords s'affaissent, et si la perte de substance n'a pas été très considérable, la cicatrisation marche également avec beau-

coup de rapidité, et ne laisse pas plus de traces que la lésion précédente. Dans les cas où la maladie a pénétré un peu plus profondément, il faut une quinzaine de jours pour que la cicatrice ne soit plus apparente. Pendant les premiers, ainsi que l'a constaté M. Taupin, on observe dans le point occupé par cette cicatrice une coloration rouge plus vive que dans les autres parties; la muqueuse y est plus dure et plus épaisse, elle n'y est pas lisse et régulière, mais présente un aspect gaufré, à larges alvéoles.

Dans les cas où l'affection a pénétré à une très grande profondeur, dans ceux, par exemple, où une gangrène noire a profondément détruit les tissus qui ont, par leur élimination, laissé une vaste excavation et mis les os à nu, les phénomènes consécutifs sont bien plus lents; l'ulcère, entretenu par des parties osseuses nécrosées, peut persister longtemps; en un mot, on observe tous les phénomènes qui se remarquent dans les vastes plaies ulcéreuses, avec dénudation des os. Ce qui démontre alors que les progrès de la gangrène sont bornés, c'est que les bords de la solution de continuité sont moins gonflés, moins rouges, moins douloureux; qu'au lieu d'un liquide putride mêlé de fragments de tissus gangrénés, il commence à s'en échapper un pus plus ou moins bien lié, et enfin que la dépression des forces et les autres symptômes généraux diminuent notablement.

On a affirmé, dans les descriptions générales de la stomatite gangréneuse, qu'il se produit souvent alors des hémorrhagies abondantes; mais ce qu'il y a de certain, c'est que les cas de ce genre sont beaucoup plus rares qu'on ne pourrait le penser d'après ces descriptions; car M. Taupin, qui, comme on l'a vu plus haut, a observé un grand nombre de cas de stomatite gangréneuse, n'a jamais vu survenir d'écoulement sanguin assez considérable pour constituer un accident fâcheux.

Dans les cas où la maladie tend à se terminer par la mort, les symptômes précédemment décrits vont presque tous en augmentant. Ceux qui sont surtout remarquables, sont la petitesse et la fréquence du pouls, et la diarrhée colliquative et fétide. M. Taupin a observé que des affections pulmonaires latentes venaient souvent se joindre aux symptômes de la stomatite, mais il n'entre dans aucun détail à cet égard.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie, quelle que soit sa forme, est continue; elle ne présente généralement pas d'exacerbation très manifeste. Cependant, dans les cas de stomatite ulcéreuse, il arrive quelquefois que l'ulcère s'étant produit, l'affection semble rester stationnaire, pour céder ensuite rapidement aux moyens appropriés, ou pour faire de nouveaux progrès. M. Taupin avance qu'elle peut passer à l'état chronique; mais sur ce point il n'émet qu'une simple assertion, qui aurait cependant besoin de preuves nombreuses.

Suivant cet auteur encore, la *durée* de la stomatite gangréneuse est très variable. Il affirme que les formes couenneuse et ulcéreuse peuvent, si on ne les traite pas, se prolonger plusieurs mois. Il eût été très utile de présenter des faits à l'appui de cette opinion; car, en pareil cas, l'affection ressemble tellement à une simple diphthérite, qu'il eût été bon d'en indiquer avec soin tous les caractères. Je sais bien que M. Taupin regarde la diphthérite comme une véritable gangrène; mais, quoi qu'il en soit de cette question, que je discuterai un peu plus loin, c'était ici le

lieu de montrer au moins l'identité des deux maladies, et de prouver que la gangrène a réellement existé dans ces cas chroniques, ce qui ne laisse pas de présenter quelques difficultés à l'esprit. Aussi M. J. Tourdes (1) a-t-il contesté l'exactitude de cette manière de voir, et a-t-il attribué à la préexistence d'une simple stomatite ulcéreuse la longue durée de la maladie en pareil cas. Aucun terme fixe n'a du reste été assigné à la durée de la stomatite gangréneuse. Suivant M. Taupin, la gangrène noire, ou charbon de la bouche, ne dure pas, en général, plus de quinze jours; mais il faut ajouter que cette courte durée ne s'observe que dans les cas où la maladie se termine par la mort. Dans les autres, il reste des lésions consécutives qui exigent un traitement assez long.

La *terminaison* de la maladie est très différente pour les deux premières formes et pour la troisième. Dans les deux premières, en effet, la guérison est le plus souvent obtenue; mais, dans quelques cas, comme je l'ai déjà dit, l'affection se transforme en gangrène charbonneuse, et rentre dans les conditions de la troisième forme, qui se termine presque toujours par la mort. Cette terminaison fatale peut être hâtée par l'apparition d'une affection éruptive, qui, de son côté, présente toujours des symptômes fort graves, tandis que la stomatite fait des progrès plus rapides qu'auparavant.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les parties attaquées par la stomatite gangréneuse étant accessibles à la vue, les lésions anatomiques qu'elles présentent ont dû nécessairement être décrites dans l'exposition des symptômes; il ne me reste plus qu'à ajouter quelques mots sur des particularités qui ne peuvent guère être constatées qu'après la mort. Le ramollissement pulpeux et fétide des gencives, leur couleur noirâtre, l'ébranlement, l'avulsion des dents au moindre effort; la dénudation des cavités alvéolaires, qui sont noires et nécrosées, voilà ce que l'on trouve du côté de l'arcade dentaire. Du côté des joues, des lèvres, du palais et de la langue, on observe l'épaississement, la consistance cassante de l'épithélium, une production plastique sous-jacente, adhérant, par une de ses faces et à l'aide de petits prolongements membraneux, à une ulcération à bords frangés, rouges et saignants.

Dans certains cas, on retrouve les lambeaux pseudo-membraneux fétides observés pendant la vie; ils sont superposés de telle sorte, que la plaque couenneuse qui se détache recouvre encore celle qui doit la remplacer. Au-dessous de ces couches, on trouve une ulcération à bords taillés à pic, gonflés et ecchymosés. Dans les cas où la maladie est franchement ulcéreuse, on voit, ainsi que l'a observé M. Taupin, au lieu de la plaque d'apparence pseudo-membraneuse, une matière pultacée, grisâtre, qu'on peut prendre pour un ramollissement gangréneux ou putride des parties affectées. Cette petite production est très molle, non adhérente, et cache une ulcération profonde.

Lorsque les deux premières formes ont passé à l'état de gangrène noire, on trouve les parties affectées converties en une matière homogène noirâtre, très ramollie, sans distinction possible de fibres, et qui exhale une odeur gangréneuse très marquée encore, quoique un peu moins que pendant la vie. Autour de l'escarre, les parties sont infiltrées, jaunâtres.

(1) *Loc. cit.*, p. 53.

Les altérations diffèrent si la gangrène a débuté d'emblée. Voici ce que M. Taupin a observé en pareil cas : « A la joue, par exemple, la peau et la muqueuse buccale sont parfaitement saines, ou seulement légèrement infiltrées d'un liquide gélatineux ; mais les parties contenues entre les deux membranes, c'est-à-dire le tissu cellulaire graisseux, le muscle buccinateur, sont converties en une matière d'abord jaunâtre, qui devient noire ensuite. A un degré plus avancé, la joue et la muqueuse participent à la destruction putride ; les os sont noirs, nécrosés, quelquefois en partie détachés. Si l'escarre est tombée, la cavité buccale est largement ouverte ; les dents, les os sont à nu ; les bords de la plaie sont ramollis, gangrénés. J'ai souvent cherché à reconnaître ce que devenaient les vaisseaux et les nerfs dans les parties gangrénées ; je les ai toujours trouvés confondus avec les autres tissus, et impossibles à distinguer. »

Telles sont les lésions caractéristiques de la gangrène de la bouche. On en trouve, dans les autres organes, quelques unes qui méritent d'être mentionnées. Ce sont souvent une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, dans le cerveau ; parfois une accumulation de sérosité dans les grandes cavités séreuses ; chez quelques sujets, l'engorgement de la rate, le ramollissement, l'inflammation chronique du gros intestin, plus rarement de l'intestin grêle et de l'estomac ; chez d'autres, des pneumonies partielles.

Après la gangrène charbonneuse, on rencontre toujours, dit M. Taupin, une lésion aiguë et très marquée des viscères thoraciques. Cette lésion, sur trente-six cas, a toujours été bornée à un seul côté de la poitrine, et dix-sept fois seulement elle s'est présentée au côté correspondant à celui de la stomatite. J'ai trouvé, ajoute cet auteur, 28 fois une hépatisation grise d'un des lobes du poumon, dont 24 fois au lobe inférieur, 2 fois au supérieur, et 2 fois au lobe moyen du côté droit. Dans 4 cas, il existait une pleurésie considérable ; dans 4 autres, une gangrène pulmonaire peu étendue, avec pneumonie autour de l'escarre ; dans 4 autres encore, une destruction gangréneuse noire de la muqueuse du pharynx, de l'œsophage et du grand cul-de-sac de l'estomac ; enfin, dans 3 cas, il existait un ramollissement inflammatoire du gros intestin, tandis que, dans tous les autres qui appartenaient à la gangrène charbonneuse, il n'y avait aucune altération des organes digestifs. Les recherches de MM. Rilliet et Barthez ont, en grande partie, confirmé celles de M. Taupin.

M. Taupin termine par une conclusion assez importante pour trouver place ici : « Ainsi, dit-il, dans la stomatite couenneuse ou ulcéreuse, on rencontre indifféremment des lésions chroniques ou aiguës des poumons, des intestins, de l'estomac, des membranes séreuses ; tandis que, dans le charbon des joues, primitif ou consécutif, on trouve constamment une altération aiguë des poumons ou des plèvres, le plus souvent une hépatisation pulmonaire. Aucun auteur jusqu'ici n'a fait mention de cette coïncidence frappante sur laquelle j'ai nombre de fois entendu insister le docteur A.-C. Baudelocque. »

M. J. Tourdes (1) a constaté à l'aide de faits empruntés à MM. Rilliet et Barthez, Eckert, Richter, et de quelques uns qu'il a recueillis lui-même, que le côté gauche est plus souvent affecté que le côté droit

(1) *Loc. cit.*

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

D'après la description précédente, on voit que la stomatite gangréneuse est, en général, une maladie peu difficile à reconnaître. Les symptômes et les lésions si facilement appréciables ne pourraient laisser de doutes que dans des cas tout à fait exceptionnels. Il est cependant quelques affections qui se rapprochent plus ou moins de cette espèce de stomatite, et dont il importe d'indiquer les caractères distinctifs. La première de toutes est la *stomatite couenneuse*, ou la *diphthérite*, sur laquelle il est nécessaire d'entrer dans quelques considérations.

Et d'abord, ne doit-on établir aucune distinction entre cette stomatite couenneuse et la stomatite gangréneuse elle-même ? C'est ce qui semblerait résulter du travail de M. Taupin. Cet auteur, non seulement insiste dans plusieurs points de son mémoire sur les ressemblances, ou plutôt sur l'identité qui existe entre la stomatite gangréneuse à forme couenneuse et la diphthérite de M. Bretonneau ; mais encore, lorsqu'il recherche la nature de la maladie, il s'exprime formellement et d'une manière affirmative sur ce point litigieux. Il se fonde : 1° sur ce que, au-dessous de la pseudo-membrane, qu'il considère comme une véritable escarre, il a toujours trouvé une perte de substance plus ou moins profonde ; 2° sur ce que, ainsi que je l'ai fait observer plus haut, la maladie, lorsqu'elle fait des progrès, prend la forme de la gangrène profonde ; et 3° sur ce que, dans la stomatite à forme couenneuse, la maladie ne s'étend ni au pharynx ni au larynx ; qu'elle n'envahit ni les intestins, ni l'estomac, ni les fosses nasales ; et que, d'un autre côté, lorsque les enfants affectés de cette espèce de stomatite ont en même temps une plaie, celle-ci présente la pourriture d'hôpital, soit couenneuse, soit ulcéreuse.

On ne peut pas nier que les observations de M. Taupin ne soient de nature à modifier les opinions un peu trop exclusives qu'avaient fait naître les recherches de Guersant et de M. Bretonneau ; mais ne serait-ce pas tomber dans un autre excès que de repousser entièrement les résultats de ces recherches ? Sans doute il est très fréquent de rencontrer, autour de la pseudo-membrane, des ulcérations avec engorgement des tissus sous-jacents ; M. Bretonneau lui-même en a cité des exemples remarquables. Mais, d'un autre côté, on a vu, même dans les épidémies de stomacace, apparaître une fausse membrane bien caractérisée, avec intégrité de la muqueuse sous-jacente, ou du moins sans solution de continuité. La stomatite couenneuse s'est terminée parfois par une stomatite gangréneuse profonde dans les observations de M. Taupin ; mais ne peut-on pas admettre qu'il y a eu ici une excitation à peu près semblable à celle que produit sur les parois de la bouche un fragment de dent cariée, plutôt que l'existence d'une stomatite véritablement gangréneuse au début ? Enfin, quant à l'extension des fausses membranes au pharynx, il existe des cas qui prouvent évidemment qu'elle peut avoir lieu.

J'ajouterai que, dans les maladies fébriles, et dans les derniers jours de l'existence, chez les sujets en proie à des maladies chroniques, on voit souvent apparaître une stomatite couenneuse dans laquelle les recherches les plus positives ont fait voir qu'il n'existait aucune espèce d'ulcération de la membrane muqueuse ; ces cas, du moins, il faut en convenir, doivent être rapprochés de la diphthérite, qui produit l'angine pseudo-membraneuse.

De tout cela je crois qu'il faut conclure que, si la stomatite gangréneuse pe prendre fréquemment la forme couenneuse sans perdre aucun de ses caractères, ne s'ensuit pas nécessairement que toute stomatite couenneuse est de nature ga gréneuse. Il importe donc de dire un mot du diagnostic différentiel de ces affection

Si la stomatite est caractérisée par une fausse membrane faisant saillie au-dess de la muqueuse, sans ulcération de celle-ci, ou seulement avec une exulcératio superficielle qui se dissipe très rapidement, et autour de laquelle les tissus ne so pas profondément altérés, on doit admettre l'existence d'une simple diphthérit Dans le cas contraire, et surtout lorsque les tissus sous-jacents et environnan sont fortement infiltrés d'un liquide sanieux, ramollis et putrides, on doit recoi naître l'existence d'une gangrène humide à forme couenneuse. Si la présence d'u simple ulcération au-dessous de la pseudo-membrane suffisait pour changer la na ture de la maladie, il s'ensuivrait que la stomatite mercurielle devrait être rappro chée de la stomatite gangréneuse, puisqu'elle présente aussi, au-dessous de l'exsu dation plastique, un nombre souvent fort considérable d'ulcères très visibles.

La *stomatite mercurielle* se distingue de la stomatite gangréneuse par la sali vation beaucoup plus considérable qu'elle produit, par le gonflement de la langue par l'ébranlement des dents avant que la destruction des parties rende compte d cet accident, et par la moindre ténacité des lambeaux pseudo-membraneux qu occupent toute la bouche. En outre, dans le plus grand nombre des cas, on aur pour se guider les renseignements fournis par le malade, qui ne laisseront aucu doute.

Il y a si peu de ressemblance entre l'*aphthe discret*, tel qu'il a été décrit plu haut, et la stomatite gangréneuse à forme ulcéreuse, qu'il est à peine nécessaire d rappeler que la formation des vésicules, le peu de profondeur des ulcérations et le peu de gravité des principaux symptômes, suffisent pour éloigner toute cause d'erreur. Quant à l'*aphthe confluent*, il se distingue de la stomatite gangréneuse à forme ulcéreuse par la multitude de vésicules suivies d'ulcérations qui occupent non seulement la cavité de la bouche, mais encore celle du pharynx, et par l'intensité des symptômes généraux dans lesquels l'excitation est surtout remarquable, tandis que l'abattement extrême est un des principaux caractères de la stomatite gangréneuse.

La stomatite charbonneuse pourrait-elle être confondue avec une simple *fluxion de la joue?* Il faudrait pour cela que le malade fût soumis à un examen très superficiel. Dans la fluxion de la joue, tout se réduit, en effet, à la tension et à la douleur occasionnées par le gonflement, et à une rougeur plus ou moins vive. Dans la stomatite gangréneuse, au contraire, la coloration violette de la peau, celle d'un blanc mat de la bouche, le noyau induré qu'on trouve dans la partie malade, et les symptômes généraux, constituent des caractères distinctifs très marqués. Lorsqu'il y a ramollissement et suppuration des tissus malades, il est évident que ce diagnostic différentiel devient inutile.

Quant aux autres maladies qui peuvent occasionner la destruction des parties, elles ont en général une marche chronique qui suffit pour les distinguer, et d'ailleurs elles n'attaquent point les enfants, comme la stomatite gangréneuse.

M. J. Tourdes a encore distingué l'affection qui nous occupe de la *pustule maligne*, de l'*anthrax*, de la *gangrène scorbutique*, de la *pourriture d'hôpital*, du

lupus; mais ces diagnostics, qui nous entraîneraient trop loin, n'ont pas la même importance que les précédents.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la stomatite couenneuse* (diphthérite) *et de la stomatite gangréneuse.*

STOMATITE GANGRÉNEUSE.	STOMATITE COUENNEUSE (*diphthérite*).
Au-dessous de la fausse membrane, *ulcération* plus ou moins profonde.	Au-dessous de la fausse membrane, *pas d'ulcération*, ou ulcération superficielle.
Bords de l'ulcération gonflés, infiltrés d'un liquide sanieux, ramollis et putrides.	*Tissus environnants* ne présentant d'autre altération qu'un degré d'irritation variable.

Ce diagnostic ne s'applique ordinairement qu'à la stomatite gangréneuse de forme couenneuse, les autres formes se distinguant de la diphthérite par les caractères les plus tranchés.

2° *Signes distinctifs de la stomatite gangréneuse et de la stomatite mercurielle.*

STOMATITE GANGRÉNEUSE.	STOMATITE MERCURIELLE.
Ulcères recouverts ou non d'une fausse membrane, *vastes*, *peu nombreux*, souvent ulcère unique, profond.	*Ulcères nombreux*, peu étendus généralement, peu profonds.
Tissus environnant l'ulcère, *profondément altérés*.	Tissus environnant l'ulcère *participant seulement au gonflement* des autres parties de la bouche.
Langue de *volume ordinaire*.	Langue *gonflée*, quelquefois à un degré extrême.
Ébranlement des dents *ne survenant qu'après la destruction* profonde des tissus.	Ébranlement des dents *à une époque peu avancée* de la maladie.
Commémoratifs. Point de traitement mercuriel récent.	*Antécédents.* Traitement mercuriel récent.

3° *Signes distinctifs de la stomatite gangréneuse et des aphthes confluents.*

STOMATITE GANGRÉNEUSE.	APHTHES CONFLUENTS.
Ulcère *ordinairement unique*, vaste, profond.	*Nombreuses ulcérations*, succédant à des vésicules.
Maladie *bornée* à la cavité buccale.	*Envahissant* le pharynx.
Abattement remarquable parmi les symptômes généraux.	*Excitation remarquable* parmi les symptômes généraux.

Ce diagnostic ne s'applique qu'à la forme franchement ulcéreuse.

4° *Signes distinctifs de la stomatite charbonneuse et de la fluxion de la joue.*

STOMATITE CHARBONNEUSE.	FLUXION DE LA JOUE.
Noyau dur central.	*Pas de noyau* dur central.
D'une part, *couleur violette de la joue;* de l'autre, aspect d'un blanc mat de la muqueuse buccale.	*Simple gonflement* avec tension, *rougeur légère* et uniforme des tissus envahis.
Symptômes généraux remarquables par l'*abattement général*.	*Symptômes généraux nuls* ou très légers.

Pronostic. L'affection dont je viens de donner l'histoire est une maladie en

général grave; cependant il est plusieurs particularités qui augmentent ou diminuent cette gravité. L'extrême jeunesse, ainsi que l'a fait remarquer M. Taupin, rend la maladie beaucoup plus dangereuse, non seulement parce qu'il est difficile de soumettre les enfants à un traitement convenable, mais encore parce que la débilité de la constitution rend les complications plus fréquentes et plus graves. Il est à regretter que M. Taupin ne nous ait pas donné sur ce point des détails plus précis.

La forme de la maladie est plus importante encore à considérer sous le point de vue du pronostic. Il résulte, en effet, des recherches récentes, que la stomatite ulcéreuse, et surtout la stomatite couenneuse, cèdent assez facilement à la médication topique qu'on met ordinairement en usage, et qu'il n'en est pas de même de la stomatite charbonneuse. Celle-ci, en effet, tend incessamment à envahir et à détruire de nouveaux tissus, et les complications survenant, elle se termine presque toujours par la mort. La petitesse extrême du pouls, la dépression complète des forces, et la diarrhée colliquative, annoncent cette terminaison funeste.

Un résultat numérique qui peut donner une juste idée de la gravité de la maladie, est celui qu'a obtenu M. J. Tourdes, en rassemblant des observations empruntées à un grand nombre d'auteurs. Sur 239 cas, la mort a eu lieu 176 fois, et la guérison seulement 63 fois.

§ VII. — Traitement.

Puisque les auteurs anciens ont confondu sous le nom d'*aphthes gangréneux* plusieurs maladies différentes, il serait inutile de rechercher le traitement qu'ils ont appliqué à la maladie qui nous occupe. Il diffère, au reste, assez peu de celui qui a été prescrit par les modernes, et que je vais indiquer. M. Taupin le divise en traitement préservatif et en traitement curatif. Cet exemple doit être suivi.

1° *Traitement préservatif.* Ce traitement se tire naturellement des considérations présentées plus haut sur l'influence des conditions hygiéniques dans la production de la stomatite gangréneuse. Ce sont des conditions tout opposées qui conviennent aux enfants pour les préserver de cette maladie grave, surtout si une épidémie s'est déjà manifestée dans le lieu qu'ils habitent. Il faudra d'abord les éloigner du foyer d'infection, et, si on ne le peut, du moins les séparer soigneusement de ceux qui sont atteints de la maladie. On devra les faire habiter un lieu sec et bien aéré, les prémunir contre les influences atmosphériques par des vêtements chauds et secs dans les saisons froides et humides, leur donner une nourriture suffisante et saine; et si ces moyens ne suffisent pas, employer les toniques qui pourraient faire cesser la débilité prédisposante.

Comme l'a très bien fait observer M. Taupin, il ne faut pas négliger d'inspecter la bouche aussitôt qu'on a quelques soupçons. Chez les enfants placés dans les conditions prédisposantes que nous avons énumérées, et chez les autres si les symptômes de la maladie se sont manifestés, il faudra arracher les dents cariées, entretenir une *propreté parfaite*, surtout s'il existe des abcès, des plaies, des fistules, qu'il est urgent de faire cicatriser le plus tôt possible par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par les injections astringentes, iodurées, la cautérisation, etc. Le tartre accumulé sera enlevé avec soin, et l'on frictionnera fréquemment les dents avec une brosse douce, trempée dans une solution chlorurée, astringente ou tonique, telle que la

décoction de quinquina, l'eau-de-vie de gaïac, etc. J'avais déjà indiqué ce traitement préservatif dans l'article *Stomatite couenneuse;* mais il était important de le reproduire ici.

2° *Traitement curatif.* Depuis qu'on a mieux établi le diagnostic de l'affection qui nous occupe, les auteurs sont d'accord sur le peu d'efficacité du traitement général; c'est à un traitement local actif qu'ils accordent toute leur confiance. Or ce traitement local consiste presque exclusivement dans les *applications caustiques* qui ont déjà été indiquées dans les stomatites précédemment décrites, et surtout dans la stomatite couenneuse, ce que l'on conçoit facilement, puisque l'affection dont il s'agit affecte si fréquemment la forme couenneuse. Cependant, comme la stomatite véritablement gangréneuse est plus grave et plus profonde, il est important d'introduire dans l'application des remèdes des modifications propres à arrêter promptement les progrès du mal. Voyons donc quels sont les moyens qu'il faut employer, et comment ils doivent être employés.

A. *Traitement local.* Il faut rejeter les *émollients*, qui non seulement ne produiraient pas d'effet utile, mais encore feraient, comme le remarque M. Taupin, perdre un temps précieux. Les *gargarismes* cependant peuvent être employés, mais uniquement pour nettoyer la bouche et la débarrasser, autant que possible, de l'odeur infecte qu'elle exhale. Les *gargarismes chlorurés*, tels qu'ils ont été indiqués plus haut (1), sont prescrits dans ce but avec un grand avantage. Mais, je le répète, ces moyens ne sont qu'accessoires, et il faut s'empresser de recourir à d'autres plus énergiques.

Billard s'occupe d'abord du traitement de l'infiltration qui environne la partie occupée par la gangrène. Parmi les moyens qu'il conseille, dans le but de la faire disparaître, nous trouvons d'abord les *frictions aromatiques* ou *sèches*. Ces frictions ne peuvent être pratiquées qu'avec difficulté, et, en outre, il faut faire observer que l'infiltration étant entretenue par une lésion profonde, on ne peut guère espérer de la voir disparaître avant d'avoir attaqué cette lésion elle-même. On n'aura donc qu'une confiance très limitée dans l'emploi de ce moyen : cependant on pourra mettre en usage les frictions de ce genre, mais seulement comme adjuvants et dans le cas où l'enfant s'y prêterait, car il faudrait se garder de lui faire violence. On se sert soit du *baume opodeldoch*, soit du liquide suivant :

℞ Vin aromatique......... 250 gram. | Alcool camphré............ 20 gram.

Mêlez.

ou bien encore :

℞ Carbonate d'ammon. liquide. 10 gram. | Eau-de-vie camphrée........ 50 gram.

Mêlez.

Ces derniers liniments doivent être principalement employés, selon Billard, lorsque l'œdème devient circonscrit et dur.

Quelques médecins ont prescrit les *frictions mercurielles*, dans le but de dissiper cet engorgement, qui apparaît avant toute espèce d'ulcération ; mais Billard fait très bien observer que les frictions par elles-mêmes peuvent donner lieu à l'ulcération, et l'on comprend tout le danger de cet accident, lorsqu'on se rappelle les

(1) Voy. *Stomatite couenneuse.*

progrès rapides de l'affection après l'apparition de l'ulcère. Il est donc prudent de s'en abstenir dans le plus grand nombre des cas.

Je ne crois pas qu'on ait prouvé par un seul exemple que les moyens que je viens d'indiquer aient arrêté dans son cours la stomatite gangréneuse. C'est donc à un traitement plus énergique encore qu'il faut se hâter d'avoir recours.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont rarement pratiquées et ne le sont qu'au début de la maladie, alors qu'il se manifeste des symptômes inflammatoires. M. Taupin conseille d'y recourir lorsque l'affection s'accompagne d'un gonflement considérable des joues et des lèvres. Dans ce cas, il faut appliquer de une à quatre *sangsues* (suivant l'âge du sujet), à l'angle de la mâchoire du côté malade. Le défaut d'observations ne nous permet pas d'apprécier d'une manière exacte l'influence de ce moyen, sur lequel, d'après la nature de la maladie, il paraît dangereux d'insister.

Caustiques. Ce sont là les remèdes qui sont employés de préférence et que l'on regarde avec raison comme les plus utiles. Le *chlorure de chaux sec* a été mis en usage par M. Bouneau dans ces derniers temps, et M. Taupin le regarde comme héroïque. Voici, d'après ce dernier auteur, comment se fait l'application de cette substance.

TRAITEMENT PAR LE CHLORURE DE CHAUX SEC (BOUNEAU, TAUPIN).

On a soin d'avoir du chlorure bien sec, réduit en poudre très fine. On humecte légèrement son doigt, puis on le trempe dans un flacon rempli de la poudre de chlorure, et l'on frictionne assez rudement les parties affectées. Après des lotions répétées, le chlorure, le liquide putride et les concrétions membraniformes sont rejetés. On recommence alors l'opération de la même manière, et on laisse le contact durer plus longtemps; puis on recommande au malade de se gargariser de nouveau et de rejeter le chlorure, ce qu'il fait d'autant plus volontiers que la saveur de ce sel est très désagréable. Ces frictions amènent quelquefois un écoulement sanguin peu abondant qui ne peut avoir nul inconvénient et qui aide au dégorgement des parties voisines. Le chlorure agit à la fois comme caustique et comme désinfectant, et donne aux parties un mode d'irritation nouveau, qui fait disparaître l'irritation spécifique.

Suivant M. Taupin, ce moyen réussit constamment en ville, parce qu'on prend toutes les précautions nécessaires; et si on le voit échouer quelquefois à l'hôpital, il faut attribuer ses insuccès à la négligence avec laquelle on en fait l'application. « Souvent, ajoute-t-il, on voit disparaître en huit ou dix jours, et quelquefois en quatre ou cinq seulement, des stomatites gangréneuses qui duraient depuis plusieurs mois et avaient résisté à tous les moyens de traitement. » On se rappelle ce que j'ai dit plus haut à l'occasion de ces stomatites gangréneuses de très longue durée, dont l'existence ne me paraît pas parfaitement établie. Ne s'agissait-il pas, dans ces cas, de ces diphthérites à marche lente qui ont été signalées par les auteurs modernes?

M. J. Tourdes a fait remarquer que depuis l'emploi de ce traitement, la stomatite gangréneuse n'a pas fait moins de ravages; ce qui diminue beaucoup sa valeur.

Quant aux accidents que pourrait produire cette substance appliquée chez les

enfants très jeunes, et qui parfois en avalent une certaine partie, il n'en existe pas de réels, ainsi que M. Taupin a pu s'en assurer. Ce n'est que dans des cas très rares que les enfants avalent un peu de chlorure, et alors le vomissement qui a lieu immédiatement en débarrasse promptement l'estomac, ce qui prévient toute conséquence fâcheuse. Le seul inconvénient que M. Taupin ait reconnu au chlorure, c'est de noircir les dents pour un temps assez long ; mais c'est là un inconvénient qui ne doit être compté pour rien dans le traitement d'une maladie aussi grave.

M. Rey (1) employait la solution de *chlorure d'oxyde de sodium.*

L'*alun*, le *borax*, etc., peuvent être employés de la même manière ; mais, suivant les observations de M. Taupin, qui malheureusement n'a pas donné l'analyse des cas, l'action de ces substances est bien moins efficace. On peut voir d'ailleurs, relativement à leur application, ce qui en a été dit plus haut dans les articles *Stomatite couenneuse* et *Stomatite mercurielle.*

Le moyen qui vient d'être indiqué est spécialement appliqué dans les cas de stomatite à forme ulcéreuse et couenneuse. Si toutefois la maladie paraissait très superficielle, on pourrait se contenter de la cautérisation faite à sec avec le *crayon de nitrate d'argent.* L'usage de l'*acide hydrochlorique*, mêlé à deux ou trois parties de miel, aurait aussi des avantages dans ce cas.

Mais lorsque l'affection se déclare tout d'abord avec les caractères de la forme charbonneuse, ou lorsque, par suite des progrès du mal, la mortification, dans les deux premières formes, a gagné les parties profondément situées, il faut mettre en usage des moyens plus énergiques encore.

Cautérisation par les acides. L'*acide hydrochlorique* est celui qui est le plus généralement choisi. La plupart des médecins se contentent de l'appliquer soit pur, soit mêlé avec une ou deux parties de miel rosat, sur les points affectés. On se sert pour cette opération d'un pinceau de charpie. M. Taupin fait observer à ce sujet que l'escarre gangréneuse défend la partie ulcérée contre l'action de l'acide qui par là est annulée ; en outre, cette application de l'acide n'est pour lui qu'un moyen préparatoire pour rendre les parties accessibles au traitement par le chlorure sec tel qu'il vient d'être exposé. Voici, d'après cet auteur, comment il faut agir.

CAUTÉRISATION PAR L'ACIDE HYDROCHLORIQUE SUIVIE DE L'EMPLOI DU CHLORURE SEC.

Prenez l'acide hydrochlorique pur, et, avec de la charpie, formez un pinceau que vous fixerez bien autour d'un manche solide, ou bien servez-vous de l'éponge enchâssée dans une tige de baleine, comme le recommande M. Bretonneau (2) ; puis, reséquez préalablement avec des ciseaux les parties mortifiées ; faites quelques scarifications sur les parties saines, imbibez d'acide le pinceau ou l'éponge ; exprimez de telle sorte que le liquide caustique ne puisse point couler, et touchez-en avec soin toutes les parties affectées, ainsi que le fond des scarifications.

Il est essentiel de garantir avec soin la langue, les joues et les dents, de l'action

(1) *Ann. de la méd. physiolog.*, t. III, p. 807, et *Mém. de M. J. Tourdes*, p. 84.
(2) Voy. t. I, art. *Croup.*

du caustique. Pour cela, si la cautérisation se pratique sur la face interne de la joue, il faudra introduire dans la bouche une cuiller dont la concavité dirigée vers l'arcade dentaire préservera les dents et maintiendra la langue. Si la cautérisation est pratiquée sur les gencives, il faudra, d'une part, faire écarter la joue par un aide, et de l'autre, maintenir la langue éloignée soit avec le doigt, soit avec une autre cuiller. Si, malgré toutes ces précautions, une partie de l'acide avait touché les dents, il faudrait se hâter de les essuyer. De plus, et de quelque manière que la cautérisation ait été faite, elle doit être immédiatement suivie d'une lotion propre à entraîner la quantité surabondante d'acide. Si la chute de l'escarre se faisait trop longtemps attendre, il faudrait avoir recours de nouveau à la résection et aux scarifications avant de recommencer l'application de l'acide.

J'ai dit plus haut que, dans le traitement tel qu'il est conseillé par M. Taupin, l'emploi de l'acide n'est qu'un moyen préparatoire. Cet auteur conseille, en effet, aussitôt que l'escarre s'est détachée, et lorsque les parties malades sont plus accessibles, d'avoir recours au chlorure de chaux sec de la manière précédemment indiquée. L'*acide nitrique*, l'*acide sulfurique* et le *nitrate acide de mercure*, peuvent être employés de la même manière. Le *suc de citron* n'a point de propriétés véritablement caustiques ; cependant il est appliqué localement ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Taupin, il ne peut guère avoir d'action que dans les cas où la maladie est bornée aux gencives ; il a l'inconvénient de rendre les dents très douloureuses. Enfin, on a employé d'autres acides, tels que l'*acide phosphorique* (Richter), l'*acide pyroligneux* (Raimain, Moore, Coates, etc.), la *créosote*, la *potasse caustique*, etc. On trouvera des indications précises sur l'emploi de ces substances dans la thèse de M. J. Tourdes.

CAUTÉRISATION AVEC LE BEURRE D'ANTIMOINE.

Baron, et après lui Billard, ont conseillé, dans les cas où l'on voit se manifester à l'intérieur de la bouche une légère érosion, et à l'extérieur une tache ou ecchymose violacée, c'est-à-dire lorsque la maladie s'est emparée des tissus profonds, d'employer le *chlorure d'antimoine* de la manière suivante :

Il faut faire en dehors de la joue une incision cruciale, au fond de laquelle on introduit une petite quantité de chlorure d'antimoine, en ayant soin de surveiller cette cautérisation, pour qu'elle n'entraîne pas de trop grands désordres.

Cette manière de traiter la stomatite gangréneuse n'est pas généralement suivie. On conçoit, en effet, tous les inconvénients qu'il y a à attaquer ainsi le mal par la face externe de la joue, à une époque où les progrès de la maladie ne sont pas assez avancés pour qu'on ne puisse plus espérer de voir la peau rester intacte.

Cautère actuel. Les mêmes motifs doivent rendre très circonspect dans l'emploi du fer rouge, auquel M. Caron accorde néanmoins une très grande confiance. C'est par l'extérieur que ce médecin conseille de le porter sur la partie affectée. Le cautère actuel n'a point une action plus sûre que l'acide concentré, surtout si l'application de celui-ci est suivie de l'usage du chlorure sec en frictions. En outre, ce moyen est très douloureux et surtout très effrayant pour les jeunes malades : aussi est-il très peu employé, et n'y a-t-on recours que dans des cas très graves où la peau de la joue a subi une altération profonde.

Traitement de la plaie qui succède à la chute de l'escarre. Quel que soit le moyen que l'on a mis en usage, il faut avoir recours à un traitement particulier pour la plaie quelquefois énorme qui en résulte. On fera dans la plaie des *injections toniques;* ainsi deux ou trois fois par jour on injectera le liquide suivant :

℞ Vin rouge.............. 130 gram.	Pétales de roses rouges..... 10 gram.

Faites infuser une demi-journée, et passez.

Les injections pourront être faites également avec une *décoction de quinquina camphré*, et l'on se servira, pour le *pansement* de la plaie, de charpie trempée dans le vin aromatique.

Les chlorures sont encore utiles dans cette partie du traitement. Ainsi on pourra faire des injections avec :

℞ Chlorure de chaux liquide.. 2 gram.	Eau commune............ 15 gram.

Mêlez.

Et, en outre, il faudra avoir grand soin de faire sur la solution de continuité les applications de chlorure sec, dans le but d'arrêter la marche de l'affection.

Plus tard, lorque la plaie a pris l'aspect d'une plaie ordinaire, on doit prendre encore des précautions dont l'utilité a été signalée par M. Taupin. Il faut en *cautériser les bords*, *extraire les portions d'os nécrosées*, dont la chute se ferait trop longtemps attendre; introduire, entre les parties molles et les os, de *petits corps solides* de métal ou mieux d'ivoire, pour empêcher les adhérences vicieuses qui rendent les cicatrices difformes; enfin, *rapprocher doucement les bords de la plaie*, de manière à favoriser la cicatrisation. Lorsque toutes ces précautions ont échoué, et que la cicatrice reste très difforme, on emploie plus tard les *procédés d'autoplastie* qui ne doivent pas nous arrêter ici, parce qu'ils sont entièrement du domaine de la chirurgie.

B. *Traitement général.* J'ai dit que le traitement général avait une importance bien moins grande que le traitement local. Cependant il ne doit pas être entièrement abandonné. Il est, en effet, dans l'état général du malade, des indications qui doivent être prises en considération. L'affaissement extrême dans lequel il se trouve, la petitesse si considérable du pouls, et la nature même de la maladie, ont engagé tous les médecins à avoir principalement recours aux *toniques;* et l'on ne pourrait se dispenser de les mettre en usage que dans les cas où une inflammation plus violente qu'à l'ordinaire donnerait lieu à de vifs symptômes d'inflammation ; ce qui est fort rare.

Chlorate de potasse. M. le docteur Henry Hunt (1) administre le *chlorate de potasse* de la manière suivante :

Avant de donner ce médicament, lorsqu'il lui est possible d'amener l'enfant à prendre un purgatif, il prescrit d'abord de la rhubarbe et du sulfate de potasse avec un grain (0,05 gram.) de calomel; mais, en général, la douleur et la sensibilité de la bouche étaient si grandes dans les cas qu'il a traités, qu'il ne pouvait y parvenir. Il a donc donné le chlorate tout de suite et a attendu un jour ou deux que la bouche fût devenue moins douloureuse, et c'est alors qu'il a ordonné le purgatif.

(1) *Med.-chir. Trans.*, 1846.

Le traitement de M. Hunt, par le *chlorate de potasse*, pourrait donner lieu à une troisième ordonnance ; mais ce que j'en ai dit plus haut (p. 299) est suffisant.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement préservatif.* Éloigner les enfants du séjour de l'infection ; habitation dans un lieu sec bien aéré ; nourriture et vêtements sains ; toniques ; propreté de la bouche ; avulsion des dents cariées ; lotions astringentes.

2° *Traitement curatif.* Gargarismes détersifs, chlorurés ou acidulés ; frictions aromatiques ou ammoniacales ; frictions mercurielles ; émissions sanguines locales ; caustiques ; chlorure de chaux sec ; acides ; beurre d'antimoine ; cautère actuel ; traitement de la plaie résultant de l'élimination des parties mortifiées ; toniques ; chlorate de potasse ; régime analeptique ; traitement des complications.

ARTICLE IX.

GLOSSITE.

La glossite est une affection connue depuis les temps les plus reculés de la médecine. Déjà Hippocrate (1) en avait fait mention. Arétée (2) en a donné une courte description, dans laquelle il signale principalement le gonflement de cet organe, qui ne peut être contenu dans la bouche. Galien (3) cite un cas remarquable de ce genre, et, après ces auteurs, un grand nombre d'autres ont rapporté des exemples de glossite. En général, on peut dire que les observations de cette maladie ont été recueillies et publiées avec empressement.

Ce serait un travail intéressant que celui qui, de tous ces faits dispersés, ferait sortir une histoire exacte de la glossite ; mais ce travail n'a pas encore été fait, du moins avec toute la rigueur désirable. Les articles généraux publiés sur ce sujet sont presque tous calqués les uns sur les autres, et l'on se contente d'y mentionner les cas les plus curieux. Cherchons cependant, avec ces matériaux, ce qu'il y a de plus important à connaître dans l'histoire de l'inflammation de la langue.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La glossite est toute inflammation de la langue qui se développe soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause irritante particulière. On voit, par cette définition, que je fais abstraction ici des inflammations plus ou moins profondes qui, dans le cours des maladies fébriles, affectent cet organe. Ce sont pourtant bien évidemment des glossites ; mais, n'étant que de simples symptômes secondaires, elles ne méritent pas une description séparée. Si l'on voulait les faire entrer dans la description de la glossite, il faudrait leur donner le nom de glossite symptomatique. Je me contenterai d'en dire un mot en passant.

La glossite a été primitivement désignée sous le nom d'inflammation de la langue, et puis on lui a donné ceux de *tumeur*, *gonflement*, *phlegmon*, *phlegmon gangréneux*, *abcès de la langue*, suivant la manière dont les auteurs ont envisagé les

(1) *Des épidémies*, liv. III, sect. 3, dans *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1841, t. III, p. 67.

(2) *De caus. et sign. morb. acut.*, lib. I, cap. VII.

(3) *Meth. med.*, lib. XIV.

symptômes. Quelques médecins ont décrit sous le nom de *glossanthrax* une inflammation très aiguë, dans laquelle ils ont cru reconnaître les caractères de l'inflammation charbonneuse.

Cette affection n'est point commune. Il est cependant, comme on le verra plus loin, un grand nombre de causes qui peuvent la produire; mais l'action de chacune de ces causes n'a guère été observée plus d'une ou deux fois. Il est beaucoup de médecins qui, dans le cours de leur pratique, n'ont jamais rencontré cette maladie.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des renseignements très vagues sur les causes prédisposantes de cette affection. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la grande majorité des sujets qui en ont été atteints étaient des *adultes*. On a cité comme prédisposant à cette maladie la *compression des veines jugulaires* par des lieus trop serrés. Stoll affirme qu'il l'a vue se produire plusieurs fois chez des militaires dont le cou était comprimé par des cols rigides. On sent combien l'existence de cette cause aurait besoin de nouveaux faits pour être admise.

Un *traitement mercuriel* fait à une époque éloignée peut-il laisser dans l'économie une prédisposition à l'inflammation de la langue? Il en serait ainsi suivant Jos. Frank, qui cite une observation de Pierre Frank (1), une autre de Hosack (2), et enfin des cas qui lui sont propres (3) et dans lesquels des hommes ont été affectés de glossite après un traitement mercuriel qui remontait à deux ou trois ans. Cet auteur a oublié de rechercher s'il n'y avait pas eu une autre cause qui aurait pu faire naître la maladie; cette omission réduit de beaucoup la valeur de son assertion.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous avons des renseignements bien plus précis; car c'est presque toujours à la suite d'une cause excitante directe que la glossite s'est développée.

En première ligne, on a placé les *blessures de la langue*; mais il faut remarquer que quelques unes de ces blessures déterminent bien plus souvent l'affection que les autres : ce sont celles qui déchirent cet organe, et qui occasionnent par conséquent des plaies lacérées et contuses, comme celles qui résultent, par exemple, des lacérations exercées par les dents, soit dans la mastication, soit dans un rapprochement imprévu des mâchoires. Telle est l'opinion des auteurs; et cependant il faut le dire, quoique l'action de cette cause soit assez fréquente, notamment dans l'épilepsie, on voit bien rarement lui succéder une inflammation intense de la langue.

On a également cité, comme produisant cet effet, la *brûlure* de l'organe; mais les observations de ce genre sont rares. En général, les brûlures ne déterminent qu'une inflammation superficielle, à la suite de laquelle l'épithélium se détache en se roulant, ce qui est plutôt un accident léger qu'une maladie réelle. Cependant

(1) *Traité de méd. prat.*, trad. par Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 142.
(2) *Essays on various subjects*. New-York, 1824, t. I.
(3) *Praxeos medicæ*, pars III, vol. I, sect. 1; *De glossitide*, p. 519. Lipsiæ, 1830.

Le traitement de M. Hunt, par le *chlorate de potasse*, pourrait donner lieu à une troisième ordonnance ; mais ce que j'en ai dit plus haut (p. 299) est suffisant.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement préservatif.* Éloigner les enfants du séjour de l'infection ; habitation dans un lieu sec bien aéré ; nourriture et vêtements sains ; toniques ; propreté de la bouche ; avulsion des dents cariées ; lotions astringentes.

2° *Traitement curatif.* Gargarismes détersifs, chlorurés ou acidulés ; frictions aromatiques ou ammoniacales ; frictions mercurielles ; émissions sanguines locales ; caustiques ; chlorure de chaux sec ; acides ; beurre d'antimoine ; cautère actuel ; traitement de la plaie résultant de l'élimination des parties mortifiées ; toniques ; chlorate de potasse ; régime analeptique ; traitement des complications.

ARTICLE IX.

GLOSSITE.

La glossite est une affection connue depuis les temps les plus reculés de la médecine. Déjà Hippocrate (1) en avait fait mention. Arétée (2) en a donné une courte description, dans laquelle il signale principalement le gonflement de cet organe, qui ne peut être contenu dans la bouche. Galien (3) cite un cas remarquable de ce genre, et, après ces auteurs, un grand nombre d'autres ont rapporté des exemples de glossite. En général, on peut dire que les observations de cette maladie ont été recueillies et publiées avec empressement.

Ce serait un travail intéressant que celui qui, de tous ces faits dispersés, ferait sortir une histoire exacte de la glossite ; mais ce travail n'a pas encore été fait, du moins avec toute la rigueur désirable. Les articles généraux publiés sur ce sujet sont presque tous calqués les uns sur les autres, et l'on se contente d'y mentionner les cas les plus curieux. Cherchons cependant, avec ces matériaux, ce qu'il y a de plus important à connaître dans l'histoire de l'inflammation de la langue.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La glossite est toute inflammation de la langue qui se développe soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause irritante particulière. On voit, par cette définition, que je fais abstraction ici des inflammations plus ou moins profondes qui, dans le cours des maladies fébriles, affectent cet organe. Ce sont pourtant bien évidemment des glossites ; mais, n'étant que de simples symptômes secondaires, elles ne méritent pas une description séparée. Si l'on voulait les faire entrer dans la description de la glossite, il faudrait leur donner le nom de glossite symptomatique. Je me contenterai d'en dire un mot en passant.

La glossite a été primitivement désignée sous le nom d'inflammation de la langue, et puis on lui a donné ceux de *tumeur*, *gonflement*, *phlegmon*, *phlegmon gangréneux*, *abcès de la langue*, suivant la manière dont les auteurs ont envisagé les

(1) *Des épidémies*, liv. III, sect. 3, dans *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1841, t. III, p. 67.
(2) *De caus. et sign. morb. acut.*, lib. I, cap. VII.
(3) *Meth. med.*, lib. XIV.

symptômes. Quelques médecins ont décrit sous le nom de *glossanthrax* une inflammation très aiguë, dans laquelle ils ont cru reconnaître les caractères de l'inflammation charbonneuse.

Cette affection n'est point commune. Il est cependant, comme on le verra plus loin, un grand nombre de causes qui peuvent la produire; mais l'action de chacune de ces causes n'a guère été observée plus d'une ou deux fois. Il est beaucoup de médecins qui, dans le cours de leur pratique, n'ont jamais rencontré cette maladie.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des renseignements très vagues sur les causes prédisposantes de cette affection. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la grande majorité des sujets qui en ont été atteints étaient des *adultes*. On a cité comme prédisposant à cette maladie la *compression des veines jugulaires* par des lieus trop serrés. Stoll affirme qu'il l'a vue se produire plusieurs fois chez des militaires dont le cou était comprimé par des cols rigides. On sent combien l'existence de cette cause aurait besoin de nouveaux faits pour être admise.

Un *traitement mercuriel* fait à une époque éloignée peut-il laisser dans l'économie une prédisposition à l'inflammation de la langue? Il en serait ainsi suivant Jos. Frank, qui cite une observation de Pierre Frank (1), une autre de Hosack (2), et enfin des cas qui lui sont propres (3) et dans lesquels des hommes ont été affectés de glossite après un traitement mercuriel qui remontait à deux ou trois ans. Cet auteur a oublié de rechercher s'il n'y avait pas eu une autre cause qui aurait pu faire naître la maladie; cette omission réduit de beaucoup la valeur de son assertion.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous avons des renseignements bien plus précis; car c'est presque toujours à la suite d'une cause excitante directe que la glossite s'est développée.

En première ligne, on a placé les *blessures de la langue*; mais il faut remarquer que quelques unes de ces blessures déterminent bien plus souvent l'affection que les autres : ce sont celles qui déchirent cet organe, et qui occasionnent par conséquent des plaies lacérées et contuses, comme celles qui résultent, par exemple, des lacérations exercées par les dents, soit dans la mastication, soit dans un rapprochement imprévu des mâchoires. Telle est l'opinion des auteurs; et cependant il faut le dire, quoique l'action de cette cause soit assez fréquente, notamment dans l'épilepsie, on voit bien rarement lui succéder une inflammation intense de la langue.

On a également cité, comme produisant cet effet, la *brûlure* de l'organe; mais les observations de ce genre sont rares. En général, les brûlures ne déterminent qu'une inflammation superficielle, à la suite de laquelle l'épithélium se détache en se roulant, ce qui est plutôt un accident léger qu'une maladie réelle. Cependant

(1) *Traité de méd. prat.*, trad. par Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 142.
(2) *Essays on various subjects*. New-York, 1824, t. I.
(3) *Praxeos medicæ*, pars III, vol. I, sect. 1; *De glossitide*, p. 519. Lipsiæ, 1830.

Jos. Frank rapporte un cas où une glossite intense a été déterminée, chez un enfant, par l'introduction, dans la bouche, d'une poire cuite brûlante.

Les simples *caustiques* déterminent ordinairement une inflammation très bornée, leur action ne s'étendant pas au delà du point cautérisé. Cependant cette cause produit quelquefois une glossite fort intense. Le docteur Van de Keere en a cité un exemple très remarquable qu'il a observé en 1816 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren. La maladie fut causée par la cautérisation, avec le sulfate de cuivre, d'un bouton qui occupait la partie postérieure et moyenne de la langue. Le gonflement de cet organe devint très considérable dans ce cas, sur lequel je reviendrai plus loin.

Mais de toutes les causes excitantes il n'en est pas qui ait déterminé plus souvent la glossite que l'action des *substances vénéneuses, âcres ou narcotico-âcres.* Ainsi les sucs des plantes laiteuses, celui du daphne mezereum, comme Jos. Frank en a vu un exemple chez une jeune fille à laquelle un étudiant en médecine avait fait faire des gargarismes avec une décoction de cette substance; les feuilles de tabac, etc., ont produit souvent un gonflement considérable de la langue avec tous les autres signes de l'inflammation.

Le *venin de quelques animaux*, ou bien le contact de la langue avec un crapaud ou des corps qui ont touché cet animal, a été encore signalé comme une des causes les plus puissantes. L'exemple de ce genre le plus curieux est celui qui a été rapporté par Dupont, et qu'on a cité partout. Cet auteur a vu un jeune homme qui, par suite d'un pari, ayant mâché deux fois un crapaud, fut promptement affecté d'une glossite intense. Jos Frank (1) cite une observation fort remarquable : il s'agit d'une femme qui fut piquée au pied (l'observateur ne dit pas par quoi), et qui, éprouvant une douleur intolérable dans le siége de la piqûre, y mit à plusieurs reprises de la salive avec ses doigts, qu'elle reporta, par conséquent, plusieurs fois à sa langue. Les symptômes de la glossite ne se firent pas longtemps attendre.

On a cité des exemples d'inflammation de la langue produite par d'autres agents excitants. Ainsi je trouve une observation (2) prise chez un épileptique, qui, ayant eu, pendant son accès, quelques gouttes d'*ammoniaque* en contact avec la langue, fut pris d'une glossite intense, bientôt suivie de gangrène. Ce cas fut mortel.

Enfin on voit, *dans le cours d'une maladie fébrile*, se produire fréquemment une inflammation de la langue. Mais cette lésion secondaire, subordonnée aux progrès de la maladie principale, ne doit pas nous arrêter ici. Il suffit de mentionner certains cas de *variole* où la glossite a été si intense, qu'elle a occasionné la destruction de l'organe.

Telles sont les causes de la glossite dont nous avons des exemples évidents. On a cité encore, d'après Ambroise Paré (3), l'ingestion d'une fusion vineuse de *sauge non lavée.* Ambroise Paré a attribué la production de la maladie au contact probable d'un crapaud avec les feuilles de la plante; mais est-on certain que parmi les feuilles de sauge il ne se trouvât pas quelques unes de ces plantes âcres qui produisent plus particulièrement la glossite ?

(1) *Journal de médecine de Bacher*, 1789, septembre.
(2) *Gazette de santé*. Paris, 1816, mai.
(3) *Œuvres complètes*, nouv. édit., par J.-F. Malgaigne. Paris, 1841, t. III, p. 321

§ III. — Symptômes.

J'ai dit plus haut qu'on avait divisé la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

1° *Glossite superficielle*. La première ne doit pas nous arrêter longtemps, car il suffit de lire les descriptions données par les auteurs pour voir que, sous le nom de *glossite superficielle*, on a désigné soit l'inflammation symptomatique de la langue que l'on observe principalement dans les fièvres graves, soit les aphthes et les petits ulcères de cet organe. Cependant il est des cas où, comme je l'ai dit plus haut, cette inflammation acquiert par elle-même une assez grande gravité, et devient très profonde. C'est ce que l'on a observé en particulier dans la variole. Bartholin a cité un cas remarquable dans lequel la langue, après s'être ramollie et gangrénée chez un varioleux, fut en effet rejetée par l'expuition.

Cette inflammation superficielle de la langue se reconnaît aux caractères suivants: Dans la plupart des cas, l'organe est dur, rétracté, sec, couvert d'une couche noire à sa surface, fendillé, comme brûlé; cet état est celui que l'on voit dans le cours des fièvres graves, et que j'aurai à mentionner ailleurs avec plus de détail. Quelquefois, soit qu'il y ait une inflammation simple, soit que la langue se couvre de petites ulcérations, ou de papules douloureuses, l'organe est légèrement *tuméfié*, souvent couvert d'une couche pultacée, et les dents y laissent une *empreinte* plus ou moins profonde; en même temps la bouche est pâteuse, collante, et les malades sont poursuivis par une *saveur* plus ou moins désagréable. Mais c'en est assez sur un état morbide qui, je le répète, est lié presque toujours à des affections beaucoup plus graves. Passons maintenant à un sujet bien plus important : la glossite profonde.

2° *Glossite profonde*. Pour la description de cette dernière espèce de glossite, il faut diviser la maladie en *aiguë* et en *chronique*. La glossite aiguë profonde est beaucoup plus fréquente et beaucoup mieux connue que la glossite chronique. Aussi la description suivante va-t-elle lui être presque exclusivement consacrée.

Glossite aiguë profonde. Le *début* de l'affection est souvent brusque, c'est-à-dire qu'immédiatement ou presque immédiatement après l'action des causes énumérées plus haut, la langue devient douloureuse, se tuméfie rapidement, et la maladie acquiert son plus haut degré d'intensité. Ce n'est qu'alors que surviennent les symptômes généraux dont il sera question tout à l'heure.

Symptômes. La *douleur* est ordinairement le premier symptôme qui se manifeste; il est rare qu'elle soit très aiguë, et le gonflement qui la suit de près vient bientôt apporter une telle gêne dans l'exercice de fonctions importantes, qu'il excite presque exclusivement les plaintes du malade. Cette douleur peut cependant être très vive et se continuer longtemps; c'est lorsqu'il se forme dans l'épaisseur de la langue des abcès, comme dans le cas observé par Dupuytren, et dans plusieurs autres qui ont été signalés par les auteurs.

Le *gonflement* devient ordinairement très considérable dans cette forme de l'affection. Si Joseph Frank a dit qu'on avait eu tort d'assigner à la glossite une augmentation très grande de volume, c'est qu'il a confondu dans la même description la glossite superficielle et celle dont il est ici question; car des cas assez nombreux que j'ai sous les yeux, et qui ont été recueillis depuis Galien jusqu'à nos jours, font [illegible]n d'un énorme développement de cet organe.

La langue ne peut plus être renfermée dans la bouche, qui reste constamment ouverte. Elle dépasse de deux ou trois travers de doigt, et plus, les arcades dentaires, et les *dents s'impriment* à sa surface. Le cas observé par Dupont en offre un exemple remarquable.

Par suite de ce gonflement de la langue, le malade éprouve une *difficulté très grande dans la déglutition* et la *respiration*, et une *impossibilité complète d'articuler les sons.* Ces symptômes sont portés au plus haut degré lorsqu'un abcès s'est formé dans l'épaisseur de la base de la langue; car, d'une part, le gonflement de cette partie obstrue le pharynx et le larynx, et, de l'autre, la douleur vive qui existe alors rend impossibles les mouvements de l'organe.

D'autres symptômes qui sont la conséquence de ce gonflement énorme de la langue sont dus à la stase du sang veineux et à l'asphyxie ; aussi voit-on, lorsque le mal est porté au plus haut degré, les malades en proie à une *vive anxiété;* la *face est tuméfiée* et animée, rouge ou livide; les yeux sont hagards; les sujets sont quelquefois plongés dans un assoupissement plus ou moins profond; en un mot, on observe tous les signes d'un embarras considérable dans la circulation de la tête; ils ont déjà été décrits dans cet ouvrage (1).

On a été jusqu'à dire, dans certains articles généraux, qu'il pouvait y avoir une *congestion cérébrale* notable et même une *apoplexie cérébrale.* Quant à la congestion cérébrale, elle ne s'est jamais montrée avec les caractères de la congestion rapide qui simule l'apoplexie; c'est, je le répète, une simple stase du sang; et relativement à l'apoplexie, il me suffira de dire qu'on n'en trouve aucun exemple dans les observations les plus connues.

Il est inutile d'ajouter que les *efforts d'inspiration* sont violents, que la poitrine et l'abdomen se soulèvent fortement; car ce sont là des effets nécessaires de l'obstruction du larynx, la langue gonflée faisant alors l'office d'un corps étranger.

Les mêmes accidents peuvent être produits, quoique le gonflement de la langue ne soit pas assez considérable pour expliquer leur apparition. C'est qu'il survient alors une autre lésion à laquelle les auteurs n'ont prêté aucune attention; je veux parler de l'*œdème de la glotte.* Cet œdème de la glotte a été observé dans les cas où un abcès s'est formé dans l'épaisseur de la base de la langue. J'en ai cité plusieurs exemples à l'article *Œdème de la glotte;* les principaux ont été rapportés par M. Miller (2).

La langue ainsi gonflée, et présentant à sa surface l'empreinte profonde des dents, est ordinairement remarquable par sa *sécheresse* et sa *rougeur obscure*, qui peut aller jusqu'au brun et au noirâtre. La portion pendante hors de la bouche offre ces caractères au plus haut point. Quelquefois on trouve à la surface de l'organe un *enduit blanchâtre* plus ou moins épais.

Quand la glossite est parvenue à ce haut degré d'intensité, et surtout lorsqu'un abcès se forme dans l'épaisseur de la langue, il survient un *mouvement fébrile* ordinairement peu intense, qui n'a été que très imparfaitement décrit par les auteurs. Le pouls est fort et fréquent, et la peau chaude et sèche.

Du côté des *voies digestives*, nous avons vu que la déglutition était devenue

(1) Voy. art. *Asphyxie.*
(2) Voy. t. I, *OEdème de la glotte.*

impossible. En outre, la *soif* est intense, et est surtout déterminée par la sécheresse extrême de la bouche. Cependant quelques auteurs ont avancé qu'un des symptômes de la maladie était une salivation plus ou moins abondante ; mais il y a eu évidemment confusion entre les divers cas, et ceux qui ont émis cette assertion ont eu en vue les stomatites mercurielles dans lesquelles, ainsi que je l'ai fait remarquer, la langue peut acquérir un volume très considérable. Les symptômes de la partie inférieure du tube digestif n'ont point été étudiés.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la glossite occupant toute l'étendue de la langue. On a cependant cité quelques cas très remarquables d'inflammation *bornée à une moitié* de cet organe. Carminati (1) a principalement insisté sur les faits de ce genre qui avaient été observés avant lui par Lentin et Mertens. Il a même cherché à expliquer les limites de l'inflammation dans ces cas particuliers ; il a noté que lorsque la glossite affecte ainsi une seule partie de la langue, c'est le *côté gauche*, et il attribue cette préférence à ce que l'homme se couche ordinairement sur le côté droit, de telle sorte que le côté gauche de la face est exposé au froid. Si le fait était démontré par des observations plus concluantes et plus nombreuses, il faudrait ajouter aux causes précédemment indiquées l'*action du froid ;* mais rien n'est moins certain. Le docteur Roberts James Graves (2) a cité un exemple fort curieux de cette espèce de glossite, qui existait en effet dans le côté gauche. Quoique ce côté présentât une inflammation très intense, et que le gonflement fût très considérable, le mal n'avait pas franchi la ligne médiane, ce qui produisait un contraste frappant entre les deux parties de l'organe.

Dans ces cas, la langue se trouve pour ainsi dire contournée. Ce n'est pas sa pointe, mais une partie de son bord gonflé qui sort entre les arcades dentaires, et si le côté sain fait une légère saillie entre les dents, c'est qu'il est repoussé par les parties malades. Au reste, lorsque le gonflement est considérable, les accidents sont les mêmes que ceux de la glossite générale, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant l'observation rapportée par M. Graves.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est presque dans tous les cas extrêmement rapide, et ses progrès sont incessants ; en peu d'heures, le gonflement de la langue peut être porté au plus haut degré.

La *durée* de l'affection est courte ; on a vu des sujets être suffoqués en vingt-quatre heures. En général, l'affection est beaucoup plus longue lorsque la suppuration s'empare de l'organe.

La *terminaison* de la maladie est très variable. Lorsque par un traitement approprié on est parvenu à enrayer les progrès du mal, les symptômes décroissent avec une grande rapidité, et l'on voit en particulier le gonflement se dissiper presque aussi vite qu'il s'était produit. Cependant il n'est pas rare d'observer un reste de tuméfaction avec un certain degré d'induration assez longtemps après que tous les autres signes de la maladie ont complétement disparu. Dans l'observation citée par

(1) *Sulla glossitide* (*Memor. dell' I. R. inst. Lomb.-Veneto*, t. I, p. 225).
(2) *Journal des progrès*, t. VIII.

M. Graves, la moitié gauche de la langue était encore, deux ans après la guérison, sensiblement plus grosse que la droite. Cette persistance de la tuméfaction est, du reste, comme chacun sait, commune à la plupart des inflammations profondes des organes.

Abcès de la langue. Dans quelques cas, ainsi que je l'ai indiqué plusieurs fois, l'inflammation de la langue se termine par un abcès; c'est presque toujours à la base de l'organe que se produit la suppuration. Ce sont là les cas qui ont été désignés par les auteurs sous le nom d'*abcès de la langue.* Si l'abcès est superficiel, il peut se rompre et laisser écouler un pus ordinairement sanieux et fétide, et bientôt après, presque tous les symptômes disparaissent entièrement; mais quelquefois il est nécessaire d'employer l'instrument tranchant, comme Dupuytren l'a fait avec tant de succès.

Gangrène de la langue. On a vu la glossite se terminer par la gangrène de l'organe, et les cas de ce genre sont ordinairement mortels. Cependant j'ai cité plus haut un cas où le sujet avait survécu, et l'on en trouve un petit nombre d'autres exemples dans les auteurs. Toutefois, il en est quelques uns qui laissent des doutes dans l'esprit: tel est celui qui a été cité par Horstius (1). Ce qui jette des doutes sur cette observation, c'est que l'auteur affirme avoir vu la langue se reproduire après être tombée en putrilage. Il aura sans doute été trompé par la rétraction momentanée de l'organe. Il serait, au reste, inutile d'insister davantage sur les gangrènes de la langue, qui n'ont qu'une importance médiocre pour le praticien.

3° *Glossite chronique.* La *glossite chronique* est, comme je l'ai dit plus haut, beaucoup moins connue que la précédente. Il faut se garder, en effet, de confondre avec une simple glossite le squirrhe et le cancer de la langue, dont il ne doit point être question ici, parce que ces affections sont du domaine de la chirurgie. Un exemple de glossite chronique a été rapporté par Joël Langelott (2). On ne peut guère douter que, dans ce cas, il n'y eût une inflammation simple d'une moitié de la langue, qui durait depuis plusieurs semaines, car la maladie céda à des émissions sanguines abondantes. Cependant on pourrait, à la rigueur, rapporter ce fait à la glossite aiguë, en admettant que la maladie aurait marché plus lentement qu'à l'ordinaire. J'ai vu à l'hôpital Saint-Antoine un cas d'induration de la langue survenu lentement, sans déformation notable de l'organe, sans changement évident de couleur, et dans lequel les principaux symptômes étaient la difficulté de la mastication et de la production des sons. On ne découvrait nul signe de véritable squirrhe; mais sans doute il eût fallu pouvoir suivre la maladie assez longtemps pour s'assurer que la dégénérescence cancéreuse ne serait pas devenue manifeste.

Je me hâte de quitter ce sujet; car, avec le nombre très limité de renseignements que nous possédons, il serait inutile de chercher à faire une histoire détaillée de la *glossite chronique.*

§ V. — Lésions anatomiques.

Je n'ai que quelques mots à dire sur les lésions anatomiques. L'injection des tissus, leur gonflement, la présence d'un ou de plusieurs abcès contenant un pus

(1) *Ephemer. naturæ curios.*, dec. II, ann. II, obs. 31. Schol.

(2) *Miscellanées des cur. de la nat.*, ann. VI, obs. 9.

quelquefois bien lié et quelquefois sanieux et putride, le ramollissement gangréneux de l'organe, sont les seules altérations que dans l'état actuel de la science il soit permis de mentionner.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la glossite ne doit guère nous arrêter plus longtemps. La glossite superficielle n'étant presque toujours, comme on l'a vu plus haut, qu'une complication d'une maladie générale beaucoup plus grave, n'exige point de diagnostic particulier.

Quant à la glossite profonde, le développement considérable de l'organe suffit pour la distinguer des autres maladies. Dans la *stomatite mercurielle* seule, on trouve un état de la langue qui pourra paraître au premier abord offrir une assez grande ressemblance avec celui qui nous occupe; mais la salivation abondante, l'exsudation pultacée, les ulcérations, sont des signes distinctifs tellement tranchés, qu'il ne peut rester le moindre embarras dans l'esprit du médecin.

Un point de diagnostic bien plus important, et même, à proprement parler, le seul important, c'est de savoir s'il existe ou non un *abcès* dans l'intérieur de l'organe. Si la maladie a été produite par l'action d'un caustique, comme dans le cas observé par Dupuytren, et bien plus encore si elle s'est développée en l'absence des causes occasionnelles que nous avons énumérées, il faudra se livrer à une exploration attentive, rechercher avec soin s'il existe, dans un des points de la base de la langue, une saillie plus ou moins marquée, et surtout la fluctuation, car celle-ci fût-elle obscure, on en tirerait une des indications les plus précieuses pour le traitement. Malheureusement, dans ces cas, le gonflement de la langue et la difficulté que le malade éprouve à ouvrir la bouche par suite de l'extension de l'inflammation aux parties voisines, peuvent rendre l'exploration très difficile. Il serait inutile de présenter en tableau un diagnostic aussi simple.

Pronostic. Le *pronostic* de l'affection est assez grave, puisqu'on a vu quelquefois la maladie se terminer par une suffocation mortelle. Cependant il résulte de l'examen des faits qu'elle est beaucoup plus effrayante que dangereuse, puisque, dans la grande majorité des cas, les moyens appropriés ont procuré une prompte guérison. Ceux dans lesquels la mort a eu lieu le plus souvent, sont les cas d'abcès de la langue. La facilité avec laquelle se produit alors la laryngite œdémateuse donne un grand caractère de gravité à la maladie.

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* de la glossite a été divisé par Marjolin (1) en traitement de la glossite superficielle et en traitement de la glossite profonde, d'après la division établie plus haut relativement aux symptômes. Mais cette distinction, pour les raisons que j'ai déjà données, n'a point une grande importance, car il suffit de dire que, dans les cas où la *glossite superficielle* paraît s'être développée sous l'influence d'une excitation directe, quelques *gargarismes émollients*, des *fumigations émollientes* ou *légèrement narcotiques*, des *bains*, font disparaître promptement la maladie, et que, dans ceux où cette glossite n'est qu'une lésion secondaire, on n'a ordinaire-

(1) *Dict. de méd.*, t. XVII; MALADIES DE LA LANGUE.

ment pas à s'en occuper, si ce n'est pour faire cesser la sécheresse de la langue; car l'état local disparaît lorsqu'on s'est rendu maître de la maladie générale, sous l'influence de laquelle il s'était produit.

Il n'en est pas de même de la *glossite profonde*, qui intéresse seule à un haut degré le praticien.

Émissions sanguines. Tous les auteurs sont d'accord sur l'utilité des *émissions sanguines* au début de la maladie. On espère en effet, en enlevant une quantité considérable de sang aux malades, faire cesser ce gonflement rapide qui donne à la glossite une si grande gravité. On a pratiqué la *saignée* du bras, du pied et de la jugulaire, et même, dans certains cas, celles de ranines. Il est impossible de savoir si l'une de ces saignées a plus d'efficacité que les autres. On ne peut, à ce sujet, former que des conjectures. C'est uniquement parce que le sang obtenu par la saignée de la jugulaire est plus directement retiré du point malade, que P. Frank (1) la recommande particulièrement. La saignée des ranines est encore plus directe; mais on sait qu'elle offre de grandes difficultés, surtout lorsque la langue est gonflée, douloureuse et peu mobile.

En général, malgré la possibilité des avantages que je viens d'indiquer, possibilité qui est loin d'être démontrée, on a recours de préférence à la saignée du bras. Si, par un motif quelconque, on préférait la saignée de la veine jugulaire, il faudrait, comme le recommandent P. et J. Frank, s'abstenir de toute ligature pour fermer la plaie de la lancette, et se contenter de la recouvrir avec un emplâtre adhésif.

Quant à la *saignée des veines ranines*, outre les difficultés déjà signalées, elle expose à un accident particulier qu'il faut prévoir : c'est la blessure des artères ranines. On devrait, ainsi que le recommandent tous les auteurs, cautériser immédiatement ces artères avec le fer rouge, si on les avait ouvertes.

Les *saignées locales*, telles qu'une application d'un grand nombre de sangsues à la base de la mâchoire, à la partie antérieure du cou, ou même sur la langue, ont encore été recommandées. Suivant Marjolin, le mal diminuerait plus souvent à la suite de ces applications locales qu'à la suite des saignées générales; mais cet auteur n'apporte aucune preuve en faveur de son assertion, qui paraîtra au moins fort douteuse à ceux qui savent comment on doit procéder dans l'examen de ces questions thérapeutiques. Nous savons donc que les saignées, soit générales, soit locales, ont été unanimement recommandées; mais nous n'avons que des données très vagues sur leur degré réel d'efficacité. Quelques auteurs ont prescrit des *ventouses scarifiées* à la nuque ou entre les deux épaules, mais cette pratique n'est pas génélement suivie.

Gargarismes. Les gargarismes sont encore généralement prescrits. Ce sont ordinairement des gargarismes adoucissants avec l'eau de guimauve, la décoction de figues grasses ou de dattes, de lait, etc. ; quelquefois on y ajoute une petite quantité de vinaigre, ou mieux encore un peu de jus de citron, dans le but de rendre le gargarisme astringent. Mais cette pratique n'a pas un grand avantage, et l'action de ces moyens est très faible. Ces gargarismes peuvent être rendus légèrement *narcotiques* par l'addition d'une trentaine de gouttes de *laudanum*, ou d'une

(1) *Traité de médecine pratique.* Paris, 1842, t. I, p. 138.

quantité plus ou moins considérable de décoction de feuilles de *jusquiame*, de *belladone* ou de *datura*. On pourra, par exemple, prescrire le mélange suivant :

℞ Racine de guimauve........ 8 gram. | Feuilles de jusquiame noire... 4 gram.
Faites bouillir dans :
Eau commune.... .... 350 gram.

Louis, qui s'est occupé de la maladie dont il est question dans cet article, a vanté les bons effets du *suc de laitue*, déjà conseillé par Galien, cité dans l'article de Marjolin.

Pour faire usage de ces gargarismes, on est presque toujours forcé de les appliquer en *lotions* ou en *injections*. La tuméfaction de la langue ne permet pas, en effet, au malade d'agiter le liquide dans la bouche, comme on le fait dans les gargarismes ordinaires.

Un autre moyen que l'on peut également employer pour porter sur les parties malades le liquide émollient, est l'introduction d'une *éponge* imbibée entre les lèvres : mais ce moyen peut avoir l'inconvénient d'ajouter à l'obstruction, et de rendre la respiration plus difficile encore. On a aussi prescrit les *fumigations* vers la bouche ; si on les met en usage, il faut recommander au malade de ne pas trop s'approcher du vase d'où s'exhale la vapeur, de crainte que la trop grande chaleur n'augmente le gonflement des parties.

Émétique. Si le malade peut encore avaler, on doit lui faire prendre certains médicaments à l'intérieur. Quelques auteurs ont administré dans ce cas l'émétique. Dupont, en particulier, l'a employé dans le cas indiqué plus haut, et qui s'est terminé par la guérison. On n'a pas apprécié rigoureusement la valeur de ce médicament, qui est approuvé par les uns et rejeté par les autres. Tantôt on a fait prendre le tartre stibié à doses vomitives, et tantôt à très petites doses, dans le but de favoriser la transpiration.

Raggi, et surtout Wittengius, avaient, au rapport de J. Frank, une grande confiance dans ce remède : c'est au point que Wittengius voulait que, si la déglutition était devenue impossible, on injectât le médicament dans les veines. Carminati et J. Frank s'élèvent contre ce moyen de traitement ; mais malheureusement ni les uns ni les autres ne fournissent de preuves suffisantes en faveur de leur opinion. S'il était permis de se prononcer en l'absence de ces preuves, on pourrait dire que l'action de l'émétique, si puissante dans quelques inflammations des parenchymes, n'a sans doute pas les dangers que veulent lui attribuer ces derniers auteurs.

Purgatifs. Les *purgatifs* ont été également prescrits dans un grand nombre de cas. Si la déglutition est encore possible, il faut les donner par la bouche. C'est ordinairement aux purgatifs énergiques, tels que l'*aloès*, le *jalap*, la *scammonée* et la *coloquinte*, que l'on a recours ; on doit administrer ces médicaments à doses assez élevées pour que l'excitation portée sur le tube digestif soit bien marquée. Toutefois il faut reconnaître que leur action curative n'est point encore parfaitement connue. Jos. Frank recommande surtout le *sulfate de magnésie*, que l'on peut donner à la dose de 15 à 20 grammes et plus dans un verre d'infusion de chicorée. On fait prendre en même temps des boissons émollientes légèrement acidulées, en plus ou moins grande abondance, suivant l'intensité de la soif.

Tels sont les principaux *moyens médicaux* que l'on a recommandés dans le traitement de la glossite aiguë profonde. Avant de passer à l'exposition des *moyens chirurgicaux*, il importe de tracer la conduite à suivre dans le cas où la déglutition est devenue impossible.

Pour tromper la soif, on promènera sur la surface de la langue des liquides acidulés ou des tranches d'orange, avec lesquels on aura soin d'humecter très souvent toute la partie de l'organe qui pourra être atteinte. Les divers médicaments narcotiques ou purgatifs seront portés dans l'intestin à l'aide de *lavements*. Si le gonflement est assez considérable pour qu'il en résulte une stase considérable du sang vers la tête, on mettra le malade dans une *position* telle, que la partie supérieure du corps soit bien plus élevée que l'inférieure. On prescrira, en outre, soit des *sinapismes* aux mollets, soit des *pédiluves sinapisés*, dans le cas où il n'y aurait pas à craindre un surcroît d'excitation.

Scarification de la langue. Tous les moyens précédents n'ont, en général, qu'une action très limitée, et il n'est pas rare, malgré leur emploi, de voir la maladie faire des progrès alarmants. Il faut alors avoir recours à un moyen direct beaucoup plus efficace : c'est la scarification de la langue, qui, suivant Marjolin, paraît avoir été employée pour la première fois, en 1656, par Job. Meekren (1).

Cette scarification doit être profonde et porter sur une grande étendue de la langue : elle doit être faite longitudinalement des deux côtés de la ligne médiane. Pour cela, Delamalle recommandait de placer entre les dents, soit un coin de bois, soit un bouchon de liége, et cette pratique doit être suivie dans la plupart des cas, car le gonflement de la langue exige une séparation forcée des arcades dentaires. Puis on porte vers la base de l'organe, un peu en dehors de la ligne médiane, un bistouri que l'on ramène ensuite jusqu'à son extrémité. Une scarification semblable est ensuite pratiquée du côté opposé. Il est rare qu'on soit obligé de multiplier les scarifications. Il ne faudrait toutefois pas hésiter, si le cas paraissait l'exiger.

J'ai dit plus haut que la scarification devait être profonde. On ne doit pas craindre, en effet, de pénétrer jusqu'au quart et même jusqu'au tiers de l'épaisseur qu'a acquise l'organe. Cette scarification peut paraître effrayante au premier abord ; mais on est fort étonné, lorsque la langue est revenue à ses dimensions naturelles, de voir le peu de profondeur réelle des incisions : cela tient à ce que le gonflement porte principalement sur les couches superficielles dans lesquelles pénètre le bistouri. D'ailleurs, quelque effrayante que puisse paraître cette petite opération, l'expérience a parlé et a prouvé son innocuité. Le danger est imminent ; il n'y a donc point à hésiter : il faut y avoir recours dès que la suffocation se déclare.

Après la scarification, il est arrivé souvent qu'en quelques heures les symptômes les plus alarmants se sont dissipés, la suffocation a disparu avec le gonflement, et bientôt la langue a repris des dimensions telles, que la parole est devenue possible, malgré la gêne apportée par les plaies qu'on a faites à l'organe. Pour favoriser l'action de la scarification, il faut avoir soin d'humecter fréquemment les solutions de continuité avec un liquide émollient, de manière à ce que l'écoulement du sang, qui n'est jamais très considérable, se prolonge aussi longtemps que possible.

(1) *Obs. med.-chirurg.* Amstelod., 1682.

Dans deux ou trois cas, on a cru nécessaire de *retrancher une portion de la langue* ai si tuméfiée. C'est une pratique qui doit être absolument rejetée, parce qu'elle offre les plus grands dangers, et ne remédie qu'imparfaitement aux principaux accidents. Il est donc inutile d'y insister ici.

Laryngotomie. Enfin si, malgré tous les moyens qui viennent d'être exposés, la suffocation faisait sans cesse des progrès, si le danger devenait imminent, on ne devrait pas hésiter à établir la respiration artificielle en *incisant la membrane crico-thyroïdienne*. C'est là un précepte donné par tous les auteurs, et que, peut-être cependant, il faut un peu modifier. Un inconvénient notable de l'incision simple de la membrane crico-thyroïdienne, c'est de ne donner le plus souvent qu'un accès insuffisant à l'air. Il serait, par conséquent, plus utile d'inciser non seulement la membrane crico-thyroïdienne, mais encore le cartilage cricoïde, et un ou deux anneaux de la trachée, de manière à pouvoir introduire une canule assez large pour que le malade respire librement. On peut voir d'ailleurs, à ce sujet, ce qui a été dit à l'occasion du croup et de l'œdème de la glotte (tome Ier).

On doit d'autant moins hésiter d'avoir recours à cette opération, que l'inflammation de la langue est par elle-même une maladie peu grave, de courte durée, et dont on vient facilement à bout, si l'on peut maintenir le jeu des fonctions importantes qu'elle gêne accidentellement. Après avoir pratiqué la laryngo-trachéotomie, on dirige de nouveau vers la langue les principaux moyens que nous avons indiqués.

Traitement des abcès. Si la glossite se termine par suppuration, et qu'on ait pu reconnaître cette terminaison, il faut principalement insister sur les *vomitifs*, qui peuvent hâter la rupture de l'abcès, et amener par là une guérison prompte. Dans le cas où l'on sentirait la fluctuation, fût-elle très obscure, on devrait aussitôt plonger le bistouri dans le point où l'on supposerait l'existence d'un foyer purulent ; car, dans le cas même où l'on se serait trompé, l'incision ne pourrait avoir aucune conséquence fâcheuse ; et, si l'ouverture d'un abcès était faite, on verrait bientôt tous les symptômes s'amender promptement, et l'on n'aurait pas à craindre un accident consécutif grave, qui est l'œdème de la glotte. Dans le cas observé par Dupuytren, la pression exercée sur la langue fit sortir par un petit pertuis un peu de liquide purulent. Aussitôt une sonde cannelée fut introduite par cette ouverture, qui, notablement agrandie, livra un libre passage au pus, et tous les accidents se dissipèrent avec rapidité. C'est là la conduite qu'il faudrait suivre en de semblables circonstances.

Traitement de la gangrène. Dans les cas rares où le ramollissement gangréneux a causé la chute d'une portion de la langue, si les limites de la gangrène ont été bien établies, il suffit de quelques lotions détersives pour le traitement consécutif. Les mêmes lotions, des injections avec la décoction de quinquina, les infusions de sauge, de romarin, auxquelles on ajoute le miel rosat, la teinture de myrrhe, etc., sont encore utiles dans la glossite terminée par suppuration, et dont il est difficile d'arrêter le suintement purulent.

Je ne crois pas qu'il soit utile d'entrer dans des détails sur le *traitement de la glossite chronique*, à laquelle J. Frank donne le nom de *linguæ durities*. Le vague dans lequel nous sommes, relativement à l'existence même de cette maladie, ne me permettrait que des conjectures. Qu'il me suffise de dire que J. Frank recommande

les frictions mercurielles, l'extrait de grande ciguë à l'extérieur, les collutoires émollients et narcotiques.

Tel est le traitement de cette maladie grave, qui doit être bien connue du praticien, quoiqu'elle ne se présente pas souvent. Les accidents qu'elle détermine sont, en effet, si violents et si rapides, que, si l'on n'était pas suffisamment prévenu, on pourrait commettre une faute irréparable. Il est inutile de faire remarquer que, de tous les moyens indiqués, la scarification de la langue est le seul dont l'efficacité nous soit suffisamment connue.

Ce traitement étant très simple, une seule ordonnance est nécessaire pour en faire connaître les principales indications.

Ordonnance,

DANS UN CAS DE GLOSSITE PROFONDE.

1° Pour boisson, si la déglutition est possible, eau d'orge miellée légèrement acidulée avec le jus de citron.

Si la déglutition est impossible, laver fréquemment la langue avec l'eau acidulée, et promener des tranches d'orange à sa surface.

2° Une, deux ou trois saignées de 300 à 400 grammes chacune, dans les premières vingt-quatre ou trente-six heures; trente ou quarante sangsues à la base de la mâchoire.

3° ℞ Tartre stibié........ 0,05 gram. | Sirop de sucre............. 25 gram.
Infusion de tilleul.... 250 gram.

A prendre en deux fois.

Ou bien un purgatif salin ou résineux.

4° Dans le cas où la déglutition est impossible, administrer un lavement purgatif assez énergique.

5° Lotionner souvent la langue avec une décoction émolliente rendue narcotique par l'addition d'une décoction de jusquiame, de datura, etc., ou par une certaine quantité de laudanum.

6° Si la suffocation est imminente, scarification de la langue (voy. p. 312).

7° Si la suffocation fait encore des progrès, et s'il y a menace d'asphyxie, laryngotomie ou trachéotomie.

8° Diète absolue au fort de la maladie. Commencer l'alimentation, dès que la chose est possible, par des aliments liquides.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines générales et locales; gargarismes émollients et narcotiques; injections, *idem;* vomitifs; purgatifs; boissons émollientes acidulées; scarifications de la langue; laryngotomie ou laryngo-trachéotomie; ouverture des abcès contre la suppuration; injections détersives.

Outre les diverses maladies qui viennent d'être passées en revue, il en est quelques unes à marche chronique qui se développent dans la bouche : ainsi, les diverses *tumeurs*, les *dégénérescences* et en particulier, la dégénérescence *cancéreuse;* mais ces affections étant du domaine de la chirurgie, il ne m'appartient pas d'en donner l'histoire, et je vais passer à la description des accidents causés par la dentition.

ARTICLE X.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA DENTITION.

Dans cet article, il ne doit être question que secondairement de la difficulté qu'éprouvent les dents dans leur éruption, et des lésions locales auxquelles cette éruption donne lieu. Il me suffira d'en donner une idée générale pour éclairer l'étiologie, et pour mieux faire comprendre la succession des symptômes.

Rien n'est plus confus que l'histoire des maladies ou accidents causés par la dentition. Ce n'est pas que de très nombreux travaux n'aient été entrepris à ce sujet. Déjà Hippocrate avait rapidement indiqué les symptômes divers causés par la dentition laborieuse (1); Aétius, et plus tard Sydenham (2), et surtout Harris (3), insistèrent beaucoup sur les troubles de la dentition, qui jettent quelquefois les enfants dans un état fort grave. Après eux un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer particulièrement J. Hunter (4), ont fait des recherches intéressantes sur ce point de pathologie. Enfin, dans les derniers temps, les auteurs des traités des maladies des enfants ont fait connaître sur ce sujet leurs opinions, bien plus encore que le résultat de leur observation.

Dans toutes ces recherches, on n'a pas procédé d'une manière rigoureuse; les impressions générales y tiennent presque toujours la place de l'analyse des faits. M. Trousseau (5) est le seul qui, à ma connaissance, ait cherché dans l'examen des faits quelle est la valeur des opinions admises dans la science. J'emprunterai à ce travail, malheureusement fort incomplet, quelques documents intéressants.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On regarde comme troubles, accidents ou maladies causés par la dentition, tous les dérangements qui surviennent pendant l'éruption des dents, qui n'en sont pas une conséquence nécessaire, et qui n'ont pas d'autre cause matérielle que cette éruption elle-même.

Mais ici se présente d'abord une question fort différemment résolue par les auteurs. Quelques uns en effet, au nombre desquels il faut citer Rosen (6), Armstron et Wichmann, pensent que la dentition ne peut point par elle-même déterminer des accidents graves, et que ces accidents doivent toujours, par conséquent, être rapportés à une autre cause; mais les nombreuses observations présentées par les auteurs, et en particulier celles de Hunter, que j'indiquerai plus loin, ainsi que

(1) *Lib. de dentitione.*

(2) *Schedula monit. de novæ feb. ingres.*

(3) *De morbis acut. infant.* Amstelod., 1715.

(4) *Œuv. compl.* : *Mal. des dents*, chap. IX, *De la dentition*, trad. de Richelot, t. II, p. 138 et suiv.

(5) *Sur la dentition des enfants à la mamelle* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1841).

(6) *Traité des malad. des enfants.* Paris, 1778, in-8.

[illegible] opinion ne peut pas se soutenir, [illegible] à un grand nombre d'autres [illegible] éruption des dents, soit qu'elle ait lieu [illegible] facile par une opération.

[illegible] les noms de *dentition laborieuse*, [illegible] : *pathemata ex dentitione difficili*

[illegible] quelle est la *fréquence* de ces accidents [illegible] suffisantes n'ont pas été faites sur ce point. [illegible] générale que ces accidents sont fréquents [illegible] contraire dans la deuxième. Nous verrons à [illegible] leur fréquence relative, suivant que l'érup- [illegible] autre.

[illegible] — Causes.

[illegible] prédisposantes.

[illegible] d'opinions sur les causes prédisposantes de [illegible] avons à ce sujet que des renseignements fort [illegible]

[illegible] de l'*âge* des sujets, puisque les accidents se [illegible] *dentition*, il est évident qu'ils sont presque [illegible] la mamelle. Mais, sous un autre point de vue, [illegible] intéressante.

[illegible] une *dentition trop précoce*, aussi bien qu'une [illegible] aux divers accidents causés par l'éruption [illegible] de faits qui viennent à l'appui de ces proposi- [illegible] recherches intéressantes sur l'époque de la sortie [illegible] modifié un peu la manière de voir généralement [illegible] assignées à la première dentition étaient trop [illegible] point appliqué ces recherches à l'étiologie [illegible] qu'elles ne peuvent pas nous servir sous [illegible]

[illegible] recherche l'influence de l'*éruption des* [illegible] qui n'ont point été suffisamment préci- [illegible] auteurs que l'éruption des molaires et des [illegible] des accidents locaux plus intenses, mais [illegible] graves, opinion qui me paraît la plus [illegible] Alph. Leroy, etc., faisant remar- [illegible] l'enfant est plus fort et plus vivace, [illegible] sont beaucoup plus rares et surtout [illegible] recherches qui doivent vivement intéresser [illegible]

[illegible] sur laquelle nous n'avons aucun ren- [illegible] point, quoique Alph. Leroy et Girtan-

[illegible]

[illegible] in-8.

ner (1) aient prétendu que les enfants du sexe masculin sont plus exposés à ces accidents, qui sont aussi plus graves chez eux.

Quant à la *constitution*, on admet généralement que la dentition est beaucoup plus sujette à produire des accidents chez les enfants débiles (2), chez les scrofuleux, les rachitiques, et par suite, ainsi que l'a avancé Gariot, chez les enfants des grandes villes. L'influence de ces causes est sans doute très possible, mais ce sont encore là des questions qui ne peuvent être définitivement résolues que par des chiffres, et les chiffres nous manquant, il est inutile d'y insister.

Une preuve évidente que les renseignements que nous avons à ce sujet sont très vagues, c'est que quelques auteurs, au nombre desquels il faut citer Fr. Hoffmann (3), ont prétendu que les enfants *forts et pléthoriques* étaient plus sujets que les autres à des accidents graves.

Le *défaut de soins*, la *mauvaise alimentation* des enfants; en un mot, les *mauvaises conditions hygiéniques* ont encore été placées au nombre de ces causes. M. Trousseau insiste sur ce point, et nous verrons plus loin que cet auteur attribue les convulsions des enfants, pendant la dentition, presque exclusivement à une *indigestion ;* mais c'est là une cause occasionnelle dont je ne dois pas m'occuper ici.

En joignant à ces causes l'*épaisseur* et la *dureté anormale des gencives*, nous aurons les principales conditions dans lesquelles les auteurs ont signalé les troubles de la dentition causés par l'état où se trouve l'enfant. Mais il est des cas qu'on a attribués aux *conditions dans lesquelles se trouve la nourrice*, et qu'il importe d'énumérer : ce sont la *menstruation;* les *passions*, et en particulier les *passions tristes ;* les *divers excès*, et surtout les *excès de boissons alcooliques*. Il est inutile de dire que des recherches rigoureuses n'ont pas été faites à ce sujet.

On a mentionné d'autres influences qui sont en dehors des conditions particulières dans lesquelles se trouvent l'enfant et la nourrice; ainsi les *climats* et les *saisons*. Jos. Frank insiste sur ce point. Il ne saurait admettre, avec Hippocrate et Andry, que la saison froide favorise l'éruption des dents. Suivant lui, cette éruption a beaucoup plus de dangers, et occasionne par conséquent des accidents bien plus fréquents dans les régions septentrionales que dans les régions méridionales. C'est une observation qui résulte des faits observés en Russie et en Italie.

Je n'en dirai pas davantage sur ces causes, dans l'appréciation desquelles nous ne trouvons point la rigueur nécessaire. Je n'ai pas parlé de quelques autres, telles que le relâchement du ventre et une toux habituelle, parce que, à l'occasion de ces symptômes, j'aurai à en dire quelques mots.

2° Causes occasionnelles.

Dans la très grande majorité des cas, on ne trouve point d'autre cause occasionnelle que l'éruption des dents elle-même, qu'il est inutile d'indiquer, puisque nous avons établi plus haut qu'elle est réellement la source des accidents; mais quelquefois on en a pu observer quelques unes qui méritent d'être mentionnées.

(1) *Ueber die Kinderkrankheiten.*

(2) Alph. Leroy, *Médecine maternelle, ou l'art d'élever les enfants.* Paris, 1830, in-8.

(3) *Opera omnia*, t. III; *De pathematibus ex dentitione difficili.*

… souvent répétée d'objets durs, … de laquelle les gencives sont de… une mauvaise direction des dents, … Toutefois cette dernière cause ne … accidents de la dentition indifférem… la suite la plus fréquente. Cette opi… mais aucun ne l'avait encore aussi … Trousseau ne nous ait pas fait con… de cette cause.

… divers excès et les passions violentes, … Ici ces causes agissent immédia… jusque-là régulière, se trouble

… pathologiques, on a cherché en… d'accidents plus ou moins graves … on a reconnu qu'une plus grande … sympathie plus étendue et plus facile … phénomènes. Ce fait ressort d'une con… insisté : c'est la grande fréquence … éruptions, et leur rareté lors des … des obstacles plus considérables et … on a eu recours à d'autres explications … rigoureux ; elles sont exposées par … il me suffit de les indiquer ici. Suivant … avec laquelle se produisent les troubles de … qui lie toutes les parties de l'organisme, … vers la tête chez les enfants. Guersant … attribue ces effets à l'afflux du sang, à … susceptibilité nerveuse. D'autres (Eggert) ad… de l'ossification ; d'autres encore (Reil, … à l'irritabilité ; Baumes se contente d'énu… lesquelles se produisent les *maladies odaxys*… … qui auraient besoin d'une démonstra… … de la science, sont d'un faible intérêt pour

§ III. — Symptômes.

… produites par l'éruption des dents sont si nom… Hunter, qu'il faut renoncer à les décrire. Cette propo… … vrai que les troubles causés par la dentition portant … une description générale est fort difficile ; mais on … en établissant une division méthodique, parvenir à … exacte de ces accidents divers. Je ne crois pas qu'il

… des enfants. Paris, 1813, p. 171.
… de chir. pratiques, t. VI, p. 221.

soit nécessaire de présenter ici les nombreuses divisions proposées par les auteurs qui se sont occupés de ce sujet. Je me bornerai à dire que dans beaucoup d'entre elles on a étendu outre mesure le cadre des affections dont il s'agit ici. C'est là une conséquence de la tendance ancienne des médecins à rapporter à la dentition presque toutes les affections qui surviennent pendant son cours. Je pense qu'il suffit de distinguer, avec Billard et Guersant, les accidents de la dentition en locaux et en sympathiques.

1° *Accidents locaux.* Ils sont peu nombreux. C'est d'abord une *hémorrhagie* peu abondante, principalement signalée par Billard (1), hémorrhagie que, suivant cet auteur, on peut méconnaître, parce que l'enfant avale le sang exhalé. On n'a pas cité de cas où cette hémorrhagie ait été alarmante; il est donc inutile d'en parler plus longuement.

Viennent ensuite les *aphthes*, qui ne présentent rien de particulier. Il suffit donc de renvoyer le lecteur à l'article consacré à cette affection (voy. p. 261 et suiv.).

Enfin on trouve mentionnée dans les auteurs, comme conséquence de la dentition laborieuse, la *gangrène de la bouche*. Mais les recherches de M. Taupin, citées plus haut, et celles de MM. Rilliet et Barthez (2), ont prouvé qu'on avait au moins extrêmement exagéré la puissance de cette cause.

On voit que les affections locales ont une très faible importance pour nous; il n'en est pas de même des *affections sympathiques*, dont je vais tracer la description. C'est dans cette partie de l'histoire des troubles de la dentition qu'il est nécessaire de suivre une des divisions proposées. Celle de Dugès, qui expose ces accidents d'après l'ordre des appareils organiques qui en sont le siége, me paraît la plus claire et la plus simple, et par conséquent celle qui doit être préférée. Cependant je crois que cette manière d'envisager les faits serait incomplète, si, dans un résumé, on ne donnait une idée générale de l'état des enfants pendant qu'ils sont en proie à ces accidents, et si l'on ne montrait comment ces accidents divers peuvent se combiner entre eux de manière à se présenter presque tous chez le même sujet.

1° *Fièvre.* Un degré variable de fièvre accompagne fréquemment l'éruption des dents; mais s'il ne dépasse pas une certaine limite, le mouvement fébrile n'est pas regardé comme un état morbide. Il est impossible de déterminer exactement cette limite ; toutefois on peut dire que si l'inappétence est complète, la soif vive, le caractère très irritable; s'il y a insomnie ou, au contraire, somnolence prolongée ; si la peau est très chaude, la face rouge, les yeux très animés ou, au contraire, soporeux, l'état morbide est réel. Il est inutile de présenter longuement la description de cette fièvre, comme l'a fait Dugès ; elle ne présente, en effet, rien de particulier. Il suffit d'ajouter à ce que je viens de dire que les urines sont peu abondantes, rouges et épaisses, et qu'il survient des éruptions cutanées variables, telles que l'érythème et le strophulus. Cette fièvre, quant à sa forme, est, suivant l'auteur que je viens de citer, *continue*, ou bien plus rarement *erratique*. Cette dernière, que Dugès a principalement rencontrée pendant l'éruption des molaires, ne présente pas de frisson initial.

2° *Troubles du système nerveux.* Il est rare que, dans les cas où la fièvre est un

(1) *Traité des malad. des enfants*, p. 260.
(2) *Traité des malad. des enfants*. Paris, 1843.

peu intense, on n'observe pas l'insomnie, les réveils en sursaut, les frayeurs, etc.; mais tant que ces symptômes existent seuls, ils n'inspirent pas de craintes réelles. Il n'en est plus de même lorsque de véritables *convulsions* se manifestent. Ces convulsions sont un des accidents les plus redoutés ; elles affectent la forme suivante : Tantôt, on voit que les yeux sont seulement convulsés ; ils s'agitent dans l'orbite, ou plus souvent ils se cachent sous la paupière supérieure, de manière à ne laisser voir que la sclérotique ; tantôt la face participe à ces convulsions, les muscles se contractent en divers sens, puis se détendent ; la lèvre inférieure se cache sous la supérieure, quelquefois même la bouche est légèrement déviée ; d'autres fois, les membres supérieurs deviennent roides par moments ; ils se contournent, et le pouce, placé dans la paume de la main, est fortement pressé par les autres doigts. Hunter a vu, dans un cas, le poignet et les doigts exclusivement affectés de convulsions, et le traitement démontra clairement que la dentition laborieuse était la cause de ce phénomène, puisque, après avoir pendant longtemps essayé vainement un grand nombre de moyens, ce chirurgien célèbre ayant pratiqué l'incision de la gencive, vit presque immédiatement cesser tous les accidents, qui, s'étant reproduits chez le même sujet, furent de nouveau dissipés par la même opération.

Ces convulsions sont ordinairement *cloniques*, ainsi que l'ont remarqué plusieurs auteurs ; mais dans quelques cas on a observé un véritable *trismus*.

On a vu encore survenir, dans le cours de la dentition, des symptômes de *congestion cérébrale*. M. Fischer, cité par les auteurs du *Compendium*, a avancé qu'elle existe six fois sur dix. Mais sans doute il a regardé comme une véritable congestion la surexcitation cérébrale qui se montre si fréquemment pendant l'éruption des dents. On ne doit admettre, avec la plupart des auteurs, et en particulier avec M. Guibert (1), l'existence d'une congestion cérébrale, que si aux divers symptômes cérébraux précédemment indiqués il se joint l'immobilité des pupilles, et encore même conçoit-on très bien que ce soit là un phénomène purement nerveux. Cette question a besoin d'être éclairée par de nouveaux faits. M. Fischer, qui attache une grande importance à l'*auscultation du cerveau* (2), a donné comme un signe de cette congestion un bruit sec, dur, se rapprochant du bruit de râpe, et entendu principalement sur la fontanelle antérieure. Mais les doutes que nous avons dû élever sur l'existence, dans un bon nombre de cas du moins, de cette congestion, nous dispensent de discuter la valeur de cette assertion, fondée sur des recherches qui n'ont pas été répétées.

Quant à la production d'une *hydrocéphale* sous l'influence de l'éruption des dents, c'est une opinion mise en avant par M. Senn, mais démentie par les faits. Les auteurs du *Compendium*, déjà cités, l'ont prouvé en rappelant les recherches de M. Piet (3), desquelles il résulte que les convulsions et les autres symptômes de la dentition laborieuse ne laissent aucune trace d'inflammation dans l'encéphale. Cette citation est, en effet, suffisante.

3° *Troubles des voies digestives.* Les *vomissements* qui surviennent chez les enfants, pendant la dentition, ne se montrent pas seuls, et ne sont point regardés comme un véritable accident.

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XV, p. 31.
(2) *The Americ. Journ.*, août 1838.
(3) *Sur la méning. tuberc. des enfants*, thèse. Paris, 1836.

Il en est autrement de la *diarrhée*, qui se montre si souvent, et dont la valeur pronostique a été si diversement appréciée. Hippocrate la regardait comme d'un bon augure ; Fréd. Hoffmann a émis formellement la même opinion ; et cette manière de voir est tellement répandue, qu'elle est passée dans le vulgaire. Cependant la force des faits a fait admettre que, dans certains cas où elle est très intense, non seulement elle n'est pas favorable, mais encore elle a du danger. M. Trousseau a même été bien plus loin, puisqu'il a conclu de ses observations que la diarrhée était toujours un symptôme qu'il fallait chercher à supprimer. Les recherches de cet auteur étant les seules qui soient fondées sur une étude exacte et comparée des faits, sont aussi les seules qui méritent notre confiance.

On a attribué une heureuse influence à la diarrhée, parce que, dit-on, elle préserve les enfants des convulsions ; et c'est précisément chez les enfants affectés de diarrhée que M. Trousseau a observé le plus souvent les convulsions. On a dit que la suppression de la diarrhée occasionnait fréquemment des accidents graves ; et ce médecin, qui s'empresse toujours de la supprimer, n'a jamais été témoin d'aucun de ces accidents. Il est bon que ces observations soient répétées, car la diarrhée ayant par elle-même des inconvénients incontestables, il est nécessaire que les praticiens soient éclairés sur ce point important.

M. le docteur Bourgeois (1) donne le nom de *cholérine des enfants pendant la première dentition*, à cette diarrhée qui devient parfois assez grave pour causer la mort ; mais il n'y a qu'une ressemblance très éloignée entre cette affection et la véritable cholérine.

La diarrhée ne présente, d'ailleurs, à considérer que sa plus ou moins grande abondance. Elle est quelquefois telle que, suivant M. Trousseau, les enfants peuvent mourir avec les symptômes du choléra. Du reste, il n'a été fait aucune recherche satisfaisante sur l'aspect et la nature des selles, ni sur les symptômes qui accompagnent leur évacuation. Nous n'avons de renseignements que sur la marche de la diarrhée, dont il sera question un peu plus loin.

4° *Troubles de l'appareil respiratoire.* Enfin presque tous les auteurs ont signalé une *toux* opiniâtre qui accompagne l'éruption difficile des dents. Hunter la compare à celle de la coqueluche ; les autres auteurs lui donnent simplement le nom de *toux convulsive*. Grimm (2) l'a vue durer pendant neuf semaines.

A quoi tient cette toux ? Est-ce seulement une toux nerveuse ? ou bien y a-t-il une inflammation des bronches qui en donne l'explication ? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider, d'après les recherches peu précises des auteurs. Les enfants peuvent d'ailleurs avoir d'autres maladies qui causent la toux. Ne serait-ce pas une bronchite ordinaire ou même une pleurésie qui aurait donné lieu aux symptômes mentionnés dans l'observation de Fürstenau (3) ? Il est très difficile de se prononcer à cet égard.

Quant au *stertor* observé par Stoll, à l'*anhélation*, aux *sanglots*, à la *raucité de la voix*, ce sont des conséquences de l'état de la poitrine qui ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

Tels sont les principaux accidents qui accompagnent l'éruption difficile des dents.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série. Paris, 1846, t. XII, p. 76.
(2) *De infantium tussi convulsiva*, etc. (*Misc. Acad. nat. cur.*, dec. III, ann. IX).
(3) *Act. Acad. nat. cur.*, vol. IX, p. 201, obs. 47.

Si maintenant nous jetons un *coup d'œil général* sur la manière dont ils se produisent et se groupent, nous voyons que l'enfant, d'abord morose, *refusant de se tenir sur ses jambes*, si déjà il avait commencé à marcher, est pris d'une soif plus ou moins vive, et souvent refuse les aliments; puis, au bout d'un certain temps, une véritable *fièvre* s'allume, la *diarrhée* survient, ou prend de l'accroissement si elle existait déjà à un faible degré; et enfin, dans les cas graves, les *convulsions* se manifestent.

Il ne reste plus, pour compléter ce tableau, qu'à indiquer les diverses *éruptions* qui se montrent principalement à la face, et qu'on a appelées *feux de dents*, et l'*ophthalmie* dont Westphal (1) a cité un exemple remarquable. C'est presque toujours l'éruption des dents canines qui donne lieu à ce dernier accident, et l'on en trouve facilement l'explication dans les rapports plus intimes de ces dents avec les filets du maxillaire supérieur. Enfin Hunter a cité un exemple remarquable d'*écoulement purulent de l'urètre*, semblable à la gonorrhée, chez un jeune enfant, et d'autres ont observé un *flux* de la même nature qui avait lieu *par le vagin*. Ces cas sont rares.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

S'il était difficile de présenter un tableau général des symptômes, il l'est encore bien plus d'indiquer la *marche* de tant de phénomènes variés, qui ont tous leur allure particulière. Contentons-nous de dire que, dans le plus grand nombre des cas, la fièvre, promptement allumée, conserve son intensité pendant tout le cours de la dentition difficile. Nous avons vu plus haut que, dans d'autres, elle avait une espèce d'intermittence. Les convulsions, ne se produisant qu'au plus fort de la maladie, sont ordinairement de courte durée, ou n'ont lieu que pendant un petit nombre de jours. Cependant on les a vues renaître avec persistance : tel est le cas de convulsions partielles cité par J. Hunter. Quant à la diarrhée, tantôt elle ne se produit qu'au plus fort du mouvement fébrile; tantôt, au contraire, elle se montre alors même que les symptômes de la dentition sont très peu intenses et ne dépassent pas sensiblement les limites des phénomènes normaux. Presque toujours elle cesse immédiatement après la sortie de la dent.

Dans un certain nombre de cas, on observe une marche intermittente irrégulière de tous les symptômes. Ainsi on voit les accidents nombreux et variés cesser presque tout à coup pour se reproduire quelques jours après. Il faut alors rechercher s'il y a eu ou non éruption d'une dent. Si une dent est sortie, les nouveaux accidents se lient à l'apparition prochaine d'une autre dent. Dans le cas contraire, il s'est fait un temps d'arrêt dans l'évolution dentaire qui reprend son cours après un temps plus ou moins long. C'est ce que l'on observe principalement à l'époque de la deuxième dentition et de l'éruption des dents molaires; mais alors les enfants ayant acquis plus de vigueur, les symptômes sont presque tous locaux.

La *durée* est subordonnée nécessairement à celle de l'éruption. Quelquefois les accidents se prolongent pendant presque toute la dentition, avec des intervalles variés, l'apparition de chaque nouvelle dent donnant lieu à des accidents nouveaux. Mais il n'est pas rare de voir des enfants qui, après avoir été gravement malades

(1) *Act. Acad. nat. cur.*, t. VIII.

lors de l'éruption de quelques dents, ne présentent plus aucun symptôme à l'apparition des suivantes, et *vice versâ*.

La *terminaison* serait, d'après un grand nombre d'auteurs, bien souvent funeste ; mais il y a là une grande exagération, et cela tient à ce que l'on a fréquemment attribué à la dentition le résultat funeste d'un grand nombre de maladies qui en sont indépendantes. Rien ne prouve donc qu'il soit exact de dire, avec Berdmore, que la dentition difficile fait mourir la moitié des enfants, ou seulement le tiers, ainsi que l'affirme Plenk. Toutefois les changements qui surviennent fréquemment dans la santé à l'époque de la première dentition, le dépérissement que l'on observe alors, et la mort dans les convulsions, prouvent néanmoins que ces accidents ont une gravité incontestable. On a encore attribué à la dentition un grand nombre d'affections chroniques survenues après l'éruption des dents : ainsi les scrofules, le rachitisme, la phthisie, etc. C'est une question qui demande, pour être résolue, des recherches toutes différentes de celles qui ont été faites jusqu'à présent.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'ai très peu de chose à dire des lésions anatomiques qu'on a trouvées dans la bouche. Les traces de l'inflammation des gencives, des dents déviées, des productions ossiformes, des dents surnuméraires, telles sont les altérations anatomiques que l'on observe. Les convulsions ne laissent aucune trace notable. Quant à la diarrhée, si elle se prolonge et si elle est intense, elle peut, suivant M. Trousseau, donner lieu à l'ulcération de la membrane muqueuse intestinale ; mais il serait inutile de nous étendre davantage sur ce sujet.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est ordinairement facile de s'assurer que les divers accidents décrits plus haut appartiennent à la dentition. Si en effet, chez un enfant bien portant, on voit survenir quelques uns des signes normaux de l'éruption des dents, comme la rougeur, la sécheresse des gencives, la salivation, le mâchonnement, et si bientôt après apparaissent les symptômes indiqués plus haut, on ne saurait guère douter que l'éruption des dents n'en soit la cause.

Toutefois les enfants sont sujets à des affections particulières qui peuvent donner lieu aux mêmes accidents. Une fièvre accompagnée de toux peut occasionner des convulsions plus ou moins violentes ; l'absence ou la présence des symptômes locaux du côté de la bouche, et l'état de la poitrine feront reconnaître s'il s'agit réellement d'une dentition difficile, d'une *bronchite intense*, d'une *pleurésie* ou d'une *pneumonie*. Quant aux convulsions, l'absence de paralysie empêchera qu'on les confonde avec l'*apoplexie* et la *congestion cérébrale*, d'ailleurs rares chez les enfants.

Est-il nécessaire d'établir le diagnostic des convulsions dues à la dentition, et de l'*éclampsie ?* Suivant Ant. Dugès (1), les convulsions causées par la dentition sont une éclampsie véritable ; les autres auteurs ne s'expliquent pas à cet égard. La question de l'éclampsie est, comme on le sait, fort obscure ; c'est pourquoi je crois devoir renvoyer son examen à l'article consacré à cette maladie, où je passerai en revue les principales observations.

(1) *De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1833, t. III, p. 303).

En somme, c'est la marche de l'affection et l'absence ou la présence des symptômes locaux du côté de la bouche qui doivent servir de base à ce diagnostic, qu'il serait inutile de présenter en tableau synoptique.

Pronostic. Nous avons vu plus haut, à l'occasion de la terminaison, que les accidents de la dentition difficile pouvaient se terminer par la mort, ou porter une grave atteinte à la santé jusqu'alors florissante. Il faut néanmoins, pour qu'il en soit ainsi, que ces accidents aient une assez grande intensité. On admet généralement que plus l'enfant est jeune, plus l'éruption laborieuse des dents a de danger. Cette manière de voir s'applique également aux enfants faibles, débiles, cacochymes. Toutefois, si, comme le prétend Hoffmann, les convulsions étaient plus fréquentes chez les enfants forts et pléthoriques, il faudrait un peu modifier cette opinion. De tous les accidents de la dentition, les convulsions sont en effet le plus redoutable et celui qui cause le plus souvent la mort; mais rien ne prouve que l'assertion d'Hoffmann soit l'expression des faits.

Nous avons vu plus haut que, d'après les recherches de M. Trousseau, la diarrhée est moins innocente qu'on ne le pense, et surtout qu'elle n'est pas un préservatif des convulsions.

§ VII. — Traitement.

Tous les auteurs ont divisé le traitement de la dentition difficile en traitement prophylactique et en traitement curatif.

Rendre plus facile l'évolution des dents et la perforation de la gencive, tel est le but que se propose le *traitement prophylactique*. En première ligne, il faut placer le *régime* et les soins hygiéniques. Ainsi, on recommande de *nourrir les enfants exclusivement au sein* pendant l'éruption des premières dents. Dans ces derniers temps, M. Trousseau a fortement insisté sur ce point, et s'est prononcé à peu près de la même manière que Duval (1). Celui-ci dit qu'il faut attendre, pour sevrer l'enfant, la sortie de toutes les dents de lait, et M. Trousseau veut qu'avant le sevrage l'éruption des huit incisives et des quatre premières molaires ait lieu. Or, comme, d'après les calculs de M. Trousseau, les quatre premières molaires et les deux incisives latérales se montrent de douze à vingt mois, l'espace compris entre ces deux limites renfermerait l'époque où les enfants doivent être sevrés. Malheureusement ces assertions ne sont pas appuyées sur des faits concluants, et peut-être beaucoup de médecins trouveront-ils qu'attendre jusqu'à vingt mois pour faire prendre à un enfant des aliments un peu substantiels, c'est prolonger beaucoup l'alimentation lactée.

Soustraire les enfants à l'influence du froid; leur faire prendre des *bains* fréquents et prolongés, s'ils sont pléthoriques et nerveux; des *toniques* et des *bains alcalins*, au contraire (2), s'ils sont faibles et lymphatiques, tels sont encore les préceptes donnés par les auteurs. Mais qu'y a-t-il de vrai dans cette manière de voir? C'est ce que nous ne pouvons pas dire d'une manière positive. Toutefois il est naturel de penser que tout ce qui peut entretenir chez les enfants une santé robuste les mettra à même de supporter plus facilement les troubles physiologiques de la dentition.

(1) *Le dentiste de la jeunesse*. Paris, 1817, p. 48.
(2) Baumes, *Traité de la première dentition*. Paris, 1806, in-8.

Faudrait-il, à l'exemple de quelques auteurs, chercher à produire des *évacuations alvines fréquentes*, dans le but de prévenir les convulsions, en produisant une espèce de diarrhée artificielle? Ce qui a été dit plus haut de la diarrhée prouve que ce moyen est au moins inutile.

Viennent maintenant les *moyens locaux*, qui consistent à ramollir les gencives par des émollients, la décoction de *figues grasses*, la *crème*, le *beurre*, etc., ou au contraire à les rendre plus sèches, plus cassantes, plus faciles à se rompre sous l'effort que fait la dent pour sortir de l'alvéole. Parmi les moyens employés dans cette dernière intention, se trouvent les *frictions exercées par la nourrice* sur les gencives, et les *hochets* de bois, d'or, d'ivoire, de cristal, si généralement employés.

Rien ne prouve que les moyens émollients aient atteint le but. Quant à la mastication des corps durs, des hochets de diverses espèces, les opinions sont très partagées. Ant. Petit, Gardien, Billard, etc., se sont élevés contre l'usage des hochets fabriqués avec des substances dures, qui déjà avaient été proscrits par Aétius. Suivant ces auteurs, il résulte de l'usage des hochets une dureté considérable de la gencive, une callosité qui s'oppose à la sortie de la dent. L'opinion de Guersant est que les corps durs sont utiles au début de la dentition, et que les corps un peu mous, tels que la *racine de guimauve*, de *réglisse*, proposés par Billard, doivent être employés lorsque la dent, déjà formée, presse de bas en haut le tissu fibreux des gencives. Baumes est d'une opinion diamétralement opposée, c'est-à-dire qu'il conseille les corps mous au début et les corps durs lorsque la dent formée distend la gencive. Cette dernière manière de voir paraît mieux fondée sur les progrès de l'évolution dentaire. Toutefois il y a loin de cette probabilité à une démonstration réelle, et plus nous avançons, plus nous trouvons de doutes et d'incertitudes dans cette histoire de la dentition laborieuse, qu'il serait cependant si utile d'éclairer.

Traitement curatif. On peut diviser ce traitement en trois parties distinctes : la première comprend le traitement des divers symptômes ; la seconde renferme les divers médicaments auxquels les anciens médecins attribuaient une espèce de vertu spécifique ; et dans la troisième nous ferons entrer les moyens locaux propres à favoriser ou à déterminer l'éruption des dents, rendue difficile par des circonstances diverses.

1° *Traitement des symptômes.* Il serait inutile de s'étendre longuement sur ce traitement. Les divers troubles des appareils que nous avons décrits ne présentent, en effet, rien de spécial, si ce n'est la cause qui les a produits. Aussi suffira-t-il de dire que l'on cherche à modérer la fièvre par les *boissons adoucissantes ou acidulées*, par de légers *diurétiques ;* que, dans les cas où il y a somnolence et des signes de stase sanguine vers la tête, on applique des *sangsues derrière les oreilles*, à l'exemple de Harris et d'Alph. Leroy ; que, s'il survient des convulsions, on donne les *antispasmodiques :* le *camphre*, le *musc*, etc. ; qu'on emploie contre la diarrhée les *boissons émollientes*, les *lavements avec quelques gouttes de laudanum ;* en un mot, qu'on met en usage les moyens employés pour supprimer ces symptômes, dans quelque circonstance qu'ils se produisent, moyens qu'il serait inutile d'énumérer ici.

On voit que nous admettons, avec M. Trousseau, que la diarrhée ne doit pas être respectée, et encore moins excitée, comme le veulent quelques uns. Suivant

Du côté de l'enfant, ce sont : la mastication trop souvent répétée d'objets durs, tels que les hochets d'ivoire et de cristal, à la suite de laquelle les gencives sont devenues plus dures; une maladie intercurrente; une mauvaise direction des dents, et enfin l'*indigestion* observée par M. Trousseau. Toutefois cette dernière cause ne produirait pas, suivant cet auteur, tous les accidents de la dentition indifféremment; ce sont les convulsions qui en seraient la suite la plus fréquente. Cette opinion avait déjà été émise par quelques auteurs, mais aucun ne l'avait encore aussi formellement énoncée. Il est fâcheux que M. Trousseau ne nous ait pas fait connaître, par l'analyse des faits, le degré d'influence de cette cause.

Du côté de la nourrice, nous retrouvons les divers excès et les passions violentes, déjà mentionnées dans le paragraphe précédent. Ici ces causes agissent immédiatement, et sont excitantes, puisque la dentition, jusque-là régulière, se trouble tout à coup.

Outre ces diverses causes, que l'on peut appeler pathologiques, on a cherché encore la raison physiologique de ce développement d'accidents plus ou moins graves sous l'influence du travail de la dentition. D'abord on a reconnu qu'une plus grande solidarité des divers organes chez l'enfant, une sympathie plus étendue et plus facile à exciter, entrent pour beaucoup dans ces phénomènes. Ce fait ressort d'une considération sur laquelle Hunter a particulièrement insisté : c'est la grande fréquence des troubles de la dentition lors des premières éruptions, et leur rareté lors des dernières, quoique souvent celles-ci éprouvent des obstacles plus considérables et occasionnent des douleurs plus vives. Puis on a eu recours à d'autres explications beaucoup moins satisfaisantes pour les esprits rigoureux; elles sont exposées par les auteurs du *Compendium de médecine*, il me suffit de les indiquer ici. Suivant Capuron (1), il faut attribuer la facilité avec laquelle se produisent les troubles de la dentition, non seulement à la sympathie qui lie toutes les parties de l'organisme, mais encore à la direction des forces vitales vers la tête chez les enfants. Guersant avance à peu près la même chose, lorsqu'il attribue ces effets à l'afflux du sang, à l'activité exagérée du cerveau, à la susceptibilité nerveuse. D'autres (Eggert) admettent une surabondance des éléments de l'ossification; d'autres encore (Reil, Heyfelder) font jouer le principal rôle à l'irritabilité; Baumes se contente d'énumérer les principales conditions dans lesquelles se produisent les *maladies odaxystiques*. Je n'insiste pas sur ces explications qui auraient besoin d'une démonstration rigoureuse, et qui, dans l'état actuel de la science, sont d'un faible intérêt pour le praticien.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes des affections produites par l'éruption des dents sont si nombreux et si variables, a dit Hunter, qu'il faut renoncer à les décrire. Cette proposition est trop absolue. Il est vrai que les troubles causés par la dentition portant sur un grand nombre d'organes, une description générale est fort difficile; mais on peut, à l'exemple de Dugès (2), en établissant une division méthodique, parvenir à donner une idée suffisamment exacte de ces accidents divers. Je ne crois pas qu'il

(1) *Traité des malad. des enfants*. Paris, 1813, p. 171.
(2) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VI, p. 221.

soit nécessaire de présenter ici les nombreuses divisions proposées par les auteurs qui se sont occupés de ce sujet. Je me bornerai à dire que dans beaucoup d'entre elles on a étendu outre mesure le cadre des affections dont il s'agit ici. C'est là une conséquence de la tendance ancienne des médecins à rapporter à la dentition presque toutes les affections qui surviennent pendant son cours. Je pense qu'il suffit de distinguer, avec Billard et Guersant, les accidents de la dentition en locaux et en sympathiques.

1° *Accidents locaux*. Ils sont peu nombreux. C'est d'abord une *hémorrhagie* peu abondante, principalement signalée par Billard (1), hémorrhagie que, suivant cet auteur, on peut méconnaître, parce que l'enfant avale le sang exhalé. On n'a pas cité de cas où cette hémorrhagie ait été alarmante; il est donc inutile d'en parler plus longuement.

Viennent ensuite les *aphthes*, qui ne présentent rien de particulier. Il suffit donc de renvoyer le lecteur à l'article consacré à cette affection (voy. p. 261 et suiv.).

Enfin on trouve mentionnée dans les auteurs, comme conséquence de la dentition laborieuse, la *gangrène de la bouche*. Mais les recherches de M. Taupin, citées plus haut, et celles de MM. Rilliet et Barthez (2), ont prouvé qu'on avait au moins extrêmement exagéré la puissance de cette cause.

On voit que les affections locales ont une très faible importance pour nous; il n'en est pas de même des *affections sympathiques*, dont je vais tracer la description. C'est dans cette partie de l'histoire des troubles de la dentition qu'il est nécessaire de suivre une des divisions proposées. Celle de Dugès, qui expose ces accidents d'après l'ordre des appareils organiques qui en sont le siége, me paraît la plus claire et la plus simple, et par conséquent celle qui doit être préférée. Cependant je crois que cette manière d'envisager les faits serait incomplète, si, dans un résumé, on ne donnait une idée générale de l'état des enfants pendant qu'ils sont en proie à ces accidents, et si l'on ne montrait comment ces accidents divers peuvent se combiner entre eux de manière à se présenter presque tous chez le même sujet.

1° *Fièvre*. Un degré variable de fièvre accompagne fréquemment l'éruption des dents; mais s'il ne dépasse pas une certaine limite, le mouvement fébrile n'est pas regardé comme un état morbide. Il est impossible de déterminer exactement cette limite ; toutefois on peut dire que si l'inappétence est complète, la soif vive, le caractère très irritable; s'il y a insomnie ou, au contraire, somnolence prolongée ; si la peau est très chaude, la face rouge, les yeux très animés ou, au contraire, soporeux, l'état morbide est réel. Il est inutile de présenter longuement la description de cette fièvre, comme l'a fait Dugès ; elle ne présente, en effet, rien de particulier. Il suffit d'ajouter à ce que je viens de dire que les urines sont peu abondantes, rouges et épaisses, et qu'il survient des éruptions cutanées variables, telles que l'érythème et le strophulus. Cette fièvre, quant à sa forme, est, suivant l'auteur que je viens de citer, *continue*, ou bien plus rarement *erratique*. Cette dernière, que Dugès a principalement rencontrée pendant l'éruption des molaires, ne présente pas de frisson initial.

2° *Troubles du système nerveux*. Il est rare que, dans les cas où la fièvre est un

(1) *Traité des malad. des enfants*, p. 260.
(2) *Traité des malad. des enfants*. Paris, 1843.

on peut détruire non seulement la dent de lait qui se présente, mais encore le germe de la dent destinée à la remplacer (1).

Sans doute il y a quelque chose de vrai dans ces objections ; mais les accidents déterminés par l'opération dépendent presque toujours de ce que l'on n'a pas pratiqué l'incision avec assez de soin, ou encore de ce qu'on ne lui a pas substitué l'excision qui lui est bien supérieure, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Les faits nombreux cités par les auteurs, et en particulier celui de Hunter, l'observation rapportée par Brunner, dans laquelle un enfant sur le point d'expirer revint presque immédiatement à la vie après l'incision, une autre du même genre, citée par Camelli, etc., démontrent clairement combien, lorsqu'elle est pratiquée convenablement, cette petite opération peut avoir d'avantages. Il importe donc d'y recourir lorsque les moyens précédemment indiqués n'ont pas réussi.

INCISION DES GENCIVES.

Pour pratiquer l'incision, il suffit de placer profondément entre les mâchoires un morceau de liége, de maintenir écartées, avec les doigts de la main gauche, les lèvres, la langue et la joue, et puis, portant le bistouri dans la bouche, de faire une incision simple, ou mieux cruciale, sur chacune des dents dont on sent plus ou moins la saillie. Tout ce qu'il est nécessaire de recommander dans cette petite opération, c'est de diviser toutes les parties molles, de manière à ne pas laisser au-dessus de la dent la portion fibreuse de la gencive, la plus difficile à percer.

Cette incision, qui ne laisse pas d'être souvent fort douloureuse, est, très fréquemment aussi, inutile ; et c'est sans doute, je le répète, pour l'avoir mise en usage que tant de médecins se plaignent d'avoir vu échouer ce moyen. La cicatrisation ne tarde pas, en effet, à se faire, et la dent éprouve les mêmes obstacles qu'auparavant. Hunter fut obligé, ainsi que l'a rappelé Boyer, de recourir jusqu'à dix fois à l'incision pour favoriser l'éruption d'une dent, tandis que, suivant ce dernier auteur, « une seule opération aurait certes suffi, si elle eût été pratiquée suivant la méthode qu'il conseille, » c'est-à-dire si l'on eût eu recours à l'excision. C'est donc à l'excision qu'il faut donner la préférence, et voici comment elle doit être pratiquée, d'après Boyer (2).

EXCISION DES GENCIVES.

Pour procéder à cette opération, on fait tenir la tête de l'enfant par un aide ; le chirurgien place profondément dans la bouche, entre les mâchoires, un morceau de liége, et maintient écartées, avec les doigts de la main gauche, les lèvres, la langue et la joue. Il porte le bistouri dans la bouche, et fait une incision cruciale sur chacune des dents qui paraissent s'élever. Il doit avoir soin d'appliquer l'instrument avec assez de force pour pénétrer jusqu'à la dent. Il soulève ensuite avec une pince, dissèque avec le bistouri, et excise chaque lambeau. Cette opération est suivie d'une hémorrhagie légère qui n'oblige jamais à rien faire pour l'arrêter.

Tel est le traitement de ces accidents si divers, et quelquefois si graves que le médecin a très fréquemment occasion d'observer. Je n'ai point dissimulé le vague dans lequel nous ont laissé des recherches si peu méthodiques et si peu exactes. Il

(1) R. Blake, *Essay on the structure and format. of the teeth.*, etc. Dublin, 1801.
(2) *Traité des malad. chir.*, t. VI, p. 357, 4e édit.

est à désirer que les observateurs entreprennent ce travail important, que M. Trousseau a à peine ébauché.

J'ajouterai maintenant quelques mots relativement aux *soins qu'il importe de donner à la nourrice.* Les auteurs des siècles derniers ont beaucoup insisté sur ce point, et l'on conçoit, en effet, que si l'allaitement continue, comme cela a lieu dans bien des cas, il est bon que la nourrice se soumette à quelques précautions indispensables. Mais il serait inutile d'entrer dans de grands détails à ce sujet; car il suffit de dire que le repos, un régime doux et léger, des boissons tempérantes, l'abstinence des boissons alcooliques, sont les principaux ou plutôt les seuls moyens à employer. Les substances médicamenteuses, que quelques médecins, et en particulier Fr. Hoffmann, veulent faire prendre à la nourrice, n'auraient point par cette voie une efficacité réelle.

Quant au *régime* à faire suivre à l'enfant, il est évident que, dans les cas de fièvre intense, de convulsions, d'accidents graves en un mot, on doit recommander la diète absolue. Mais dès que ces symptômes commencent à se calmer, il faut reprendre l'allaitement, qui est le meilleur régime des enfants. Du reste, on les tiendra dans une température douce, et, suivant le conseil de presque tous les auteurs, on évitera avec soin une trop grande chaleur de la tête.

Résumé; ordonnances. Dans tout ce qui précède, je n'ai guère parlé que des accidents de la *première dentition;* c'est qu'en effet la première dentition à peu près seule détermine les troubles sympathiques qui sont du domaine de la médecine. Dans la *seconde dentition*, on observe presque uniquement, comme on peut s'en convaincre en consultant les auteurs, des troubles locaux, des déviations dentaires, des maladies de l'alvéole, etc., qui appartiennent en propre à la chirurgie. A plus forte raison n'ai-je point à m'occuper de l'*éruption des dernières molaires*, c'est-à-dire des dents de sagesse. Dans les cas exceptionnels, où des accidents semblables à ceux qui viennent d'être décrits se manifestent dans le cours de la deuxième dentition, le médecin doit tenir une conduite analogue.

Iʳᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS DE SYMPTOMES LOCAUX INTENSES AVEC FIÈVRE CONSIDÉRABLE.

1° Pour tisane, infusion de mauve, édulcorée avec le miel.

2° Donner la teinture de corne de cerf dans l'eau de cerises noires (Sydenham : voy. p. 326).

3° S'il y a constipation, ce qui est rare, donner un lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin seulement.

4° Pour amollir les gencives, jaunes d'œuf mêlés au sirop de pavot blanc, en onctions sur les gencives (voy. p. 327).

5° Diète absolue dans le fort de la fièvre.

6° Si ces moyens sont insuffisants, excision de la gencive.

IIᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS DE CONVULSIONS.

1° Pour tisane, infusion de tilleul coupée avec le lait.

2° Saignée générale, s'il est possible, ou bien deux à quatre sangsues derrière chaque oreille, suivant l'âge des enfants.

3° Dans le cas de constipation, entretenir la liberté du ventre sans provoquer une forte diarrhée.

4° ℞ Musc.	0,05 gram.	Eau de roses.	30 gram.
Mucilage de gomme arabiq.	2 gram.	Sirop alkermès.	8 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées à café, toutes les heures, en ayant soin d'agiter la bouteille.

5° Appliquer sur les gencives les topiques précédemment indiqués.

6° Excision de la gencive.

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnance contre la *toux convulsive* et contre la *diarrhée*. Il me suffit de rappeler que la première doit être calmée par de légères doses de sirop de pavot blanc, et que la seconde doit être arrêtée par les moyens appropriés précédemment indiqués. Quant aux *éruptions diverses* et aux *ophthalmies*, elles ne demandent que quelques médicaments topiques, et disparaissent presque toujours promptement dès que l'éruption des dents a eu lieu.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement des symptômes :* Émissions sanguines ; antiphlogistiques ; antispasmodiques ; narcotiques ; antidiarrhéiques.

2° *Traitement à l'aide de moyens regardés comme spécifiques :* Corne de cerf ; ammoniaque ; poudre de Carignan.

3° *Traitement local :* Applications topiques émollientes ; incision ; excision de la gencive.

ARTICLE XI.

SALIVATION (*sialorrhée*).

Dans la stomatite mercurielle, la salivation, ainsi que nous l'avons vu, n'est qu'un symptôme qui ne mérite pas d'être décrit à part. Mais, dans l'article consacré à cette affection, j'ai fait remarquer qu'il y a des cas où ce symptôme seul constitue une maladie particulière : c'est la salivation essentielle, la sialorrhée proprement dite, dont je vais donner une rapide description.

Les cas de salivation essentielle se trouvent disséminés dans plusieurs recueils. Les principaux sont dus à MM. Graves, Grève, Guimper, Mitscherlich, Rayer et Tanquerel des Planches.

Ce dernier auteur, les réunissant au nombre de vingt-neuf (1), en a tracé l'histoire, et c'est au mémoire qu'il a publié sur ce sujet que j'emprunterai la plupart des détails suivants.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit, dans l'état actuel de la science, réserver le nom de *salivation* à une maladie caractérisée presque exclusivement par un flux de salive, sans lésion appréciable de la bouche et des glandes salivaires.

On a donné à cette affection les noms de *sialorrhée*, de *flux salivaire*, de *ptyalisme nerveux*.

Elle se présente bien rarement à l'observation, puisque, comme nous venons

(1) *Recherches cliniques sur la sialorrhée ou flux salivaire* (*Journal de méd.*, juin et juillet 1844).

de le voir, malgré de longues recherches, M. Tanquerel n'a pu en réunir que vingt-neuf observations.

§ II. — Causes.

L'étiologie est, sans contredit, le point le plus important de l'histoire de la salivation essentielle. Voici ce que nous apprend, à ce sujet, l'analyse des observations connues.

1° Causes prédisposantes.

Nous remarquons d'abord, sous le rapport de l'*âge*, que la maladie s'est montrée chez des adultes. Le *sexe* semble aussi jouer un assez grand rôle dans la production de la maladie ; car, dans les vingt-neuf observations dont il s'agit, le nombre des femmes est à celui des hommes comme 3 est à 1.

Les femmes *hystériques* y paraissent plus sujettes que les autres. Chez elles, c'est surtout à la suite des *émotions morales*, après l'ingestion de *boissons froides et acides*, après qu'elles ont respiré des odeurs fortes, qu'on voit apparaître la salivation.

Dans le nombre des sujets observés, il s'en trouvait plusieurs qui étaient *pléthoriques*, ou qui, ayant l'*habitude d'une perte sanguine* à certains intervalles, n'avaient pas eu cette perte depuis un certain temps ; en sorte qu'on a pensé que le flux salivaire était venu chez eux remplacer le flux sanguin. A ces faits se rattachent ceux où l'on a vu la salivation survenir après la *suppression des menstrues*.

Parmi les sujets affectés, on remarque une assez forte proportion de femmes dans l'état de *grossesse*.

Mentionnons encore certaines *affections du foie et du pancréas*.

2° Causes occasionnelles.

Nous venons de voir que l'on a admis l'existence d'un flux salivaire *supplémentaire ;* on a cité aussi quelques cas où ce flux a paru, en quelque sorte, *métastatique*. Ainsi M. Rousseau l'a vu se montrer après la disparition d'une leucorrhée, et M. Graves après la disparition d'un œdème.

Existe-t-il une *salivation critique?* M. Tanquerel des Planches a cité plusieurs faits tendant à appuyer cette manière de voir. Il a trouvé que Forestus et Bohnius ont vu la *fièvre double tierce et la fièvre quarte* se terminer par salivation ; que M. Otto, de Copenhague, a observé *souvent* un flux salivaire *à la fin de la fièvre typhoïde, dans les terminaisons heureuses ;* que, suivant Sydenham, la *dyssenterie* se termine fréquemment de la même manière ; que F. Hoffmann a fait la même observation dans les cas de *goutte ;* que M. Blegny a vu un *vertige* se terminer par salivation, et enfin que J. Frank a cité un cas de *pneumonie* jugée par l'apparition de ce flux.

Il faudrait, pour se prononcer sur cette question, avoir des faits plus nombreux, plus variés et plus concluants. Remarquons que M. Otto est le seul qui ait vu souvent la salivation à la fin de la fièvre typhoïde, et nous serons autorisé à nous demander si, dans les cas qu'il a observés, aussi bien que dans ceux que j'ai cités plus haut, il n'y aurait pas eu l'influence d'un traitement particulier. Cette supposition est d'autant plus admissible que, de l'aveu de M. Tanquerel lui-même, on a plu-

sieurs fois regardé comme des flux salivaires idiopathiques certains cas où une inflammation de la bouche, mercurielle ou non, a été méconnue.

Il me reste maintenant à signaler, parmi les causes, l'usage des *sialagogues*, la *position assise*, l'*ingestion d'un verre d'eau*. L'*action du froid humide* a une importance beaucoup plus grande, d'après les faits rassemblés par M. Tanquerel.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes est très simple : un *écoulement continuel de salive*, la nuit aussi bien que le jour; la *sortie du liquide* ou son *ingestion par la déglutition*, voilà toute la maladie.

Cet état est incommode, surtout pendant la nuit, et peut *empêcher le sommeil*. La *bouche* reste ordinairement *entr'ouverte*, pour faciliter l'écoulement; quand elle est fermée, *le liquide sort par les commissures*.

Pas de douleur réelle ; quelquefois *pesanteur*, *oscillation dans la région parotidienne* et le long du conduit de Sténon.

État sain de la muqueuse buccale.

Rien de remarquable dans les *qualités physiques du liquide* excrété, si ce n'est parfois une *odeur fétide* et des *goûts* divers. Quelques recherches intéressantes sur la *pesanteur spécifique* de ce liquide ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on ait confiance dans leur résultat.

Les *qualités chimiques* offrent, au contraire, des modifications importantes. Ce sont, d'après MM. Guibourt et Quevenne : la coloration jaune-rousse du résidu ; la présence d'une forte proportion d'*extrait brun* à odeur d'osmazôme, et d'une *matière animale* jouissant de propriétés analogues à celles de l'albumine non coagulée. M. Tanquerel des Planches n'a *jamais* trouvé la *salive acide* dans les cas de sialorrhée, et n'adopte pas l'analyse chimique de M. Mitscherlich, qui, dans un cas, a trouvé cette acidité.

Les conséquences du ptyalisme sont : la *gêne de la prononciation et de la mastication*, la *dépravation du goût*, des *troubles* plus ou moins remarquables *de l'estomac*, un sentiment de *constriction à la gorge*, la *constipation*, des *flatuosités*, une *soif* vive, le *dépérissement*. Des *accidents nerveux* complètent l'ensemble des symptômes qui suivent une trop grande perte de salive.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le ptyalisme est ordinairement *chronique*, très rarement *intermittent*, sujet à des exacerbations, suivant des circonstances très variables. Le plus ordinairement, comme l'a noté M. Tanquerel, le flux salivaire disparaît aussi rapidement qu'il était venu ; on a vu des selles ou des sueurs abondantes coïncider avec sa disparition. Souvent cette disparition a eu lieu spontanément.

On a dit, pour expliquer la *nature* du ptyalisme, qu'il est le résultat d'une simple lésion de sécrétion ; c'est là exprimer un fait, mais ce n'est nullement l'expliquer. On n'a pas mieux résolu la question en disant que c'est une affection nerveuse.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* est, en quelque sorte, négatif; c'est-à-dire qu'il suffit de s'assurer qu'il n'existe dans la bouche aucune lésion inflammatoire ou non qui donne lieu au

flux salivaire, et que le malade n'est pas sous l'influence du mercure; car, pour reconnaître la maladie, l'écoulement de la salive suffit à la première vue.

Quant au *pronostic*, on a vu par ce que j'ai dit à propos de la terminaison de la maladie, qu'il n'a aucune gravité. Si même il était démontré que ce flux peut remplacer des maladies graves, et qu'il est critique dans un certain nombre de cas, il est évident qu'on devrait, en pareille circonstance, regarder son apparition comme un événement heureux.

§ VI. — Traitement.

Je me contenterai d'exposer le traitement en peu de mots, parce qu'il ne présente aucune difficulté dans son application.

Les *émissions sanguines* ne sont employées que chez les individus pléthoriques. C'est à la saignée générale qu'on a recours dans les cas de ce genre. On complète le traitement par les *purgatifs salins*, les *bains*, les *pédiluves sinapisés*, les *boissons aqueuses abondantes*, un *régime* léger, un *exercice* modéré.

On a eu recours, dans quelques cas, aux *vésicatoires* à la nuque, à la partie supérieure de la poitrine, aux jambes, et l'on a appliqué des *cautères* dans cette dernière partie. Quelle est l'action de ces moyens? Les faits ne sont pas assez concluants pour qu'on puisse répondre d'une manière rigoureuse à cette question.

MM. Graves et Grève ont employé avec succès l'*opium à haute dose*. M. Rayer conseille le *charbon végétal pulvérisé*.

Les autres auteurs ont eu recours à la *magnésie*, à l'*eau de Vichy*, aux *purgatifs salins*, et en particulier à l'*eau de Sedlitz*. Ces moyens sont presque tous employés avec succès dans la *stomatite mercurielle*.

Il en est de même des *gargarismes astringents* et des *substances astringentes* prises à l'intérieur.

M. le docteur Vanoye (1) a vu des cas de salivation survenue dans le cours de la grossesse, et n'ayant aucune cause spécifique, céder promptement à l'emploi de la *belladone*. Ce médicament était pris sous forme d'extrait, à la dose de 5, puis de 10 centigrammes par jour. Il était aussi employé en gargarisme dans un liquide émollient.

MM. Guimper et Mitscherlich ont cité chacun un cas où le *traitement mercuriel* fut mis en usage pour faire disparaître un ptyalisme essentiel.

Enfin, lorsqu'il existe une débilitation notable causée par la perte de la salive, on a recours aux *toniques* et aux *préparations ferrugineuses*.

Tel est ce traitement. On ne saurait accorder une grande importance aux moyens qui le composent, quand on se rappelle que la maladie tend à se dissiper spontanément. Ceux qui me paraissent devoir être placés en première ligne sont : les purgatifs salins, les astringents, les toniques, l'opium à dose élevée, et la belladone.

APPENDICE.

Maladies des annexes de la cavité buccale.

OREILLONS.

De toutes les affections qui peuvent se montrer dans les glandes salivaires et

(1) *Ann. de la Soc. méd. d'émulation de la Flandre*, 1849.

dans leurs conduits, il n'en est point qui soient du domaine de la médecine, si ce n'est cette affection particulière que l'on nomme en France *oreillons* ou *ourles*, et qui est caractérisée par une tuméfaction considérable de la région parotidienne. C'est donc uniquement de cette affection qu'il va être question dans cet appendice, et encore n'en dirai-je que quelques mots, car elle est si légère, si peu importante, qu'elle mérite à peine, dans le plus grand nombre des cas, l'attention du praticien.

Cette maladie, comme je viens de le dire, consiste principalement dans le gonflement de la région parotidienne et sous-maxillaire, accompagné, dans quelques cas seulement, d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

On a donné des *noms variés* à cette affection observée depuis les premiers temps de la médecine, et dont Hippocrate (1) a décrit une épidémie. Quelques auteurs ont voulu la désigner sous les noms d'*angina parotidea* (Jos. Frank, etc.); de *cynanche parotidea; parotis spuria* (Lieutaud); *catarrhus Bellinsulanus* (Sauvages); *sialadenites psyctica* (Hildenbrand).

La plupart des descriptions que nous en avons ont été faites d'après des épidémies qui sont *assez fréquentes.*

Parmi les *causes* de l'affection, on a placé le *sexe masculin*, et l'*âge* compris entre la puberté et la trentième année, quoique le *sexe féminin* et les *autres âges* y soient sujets dans une certaine proportion. C'est au *printemps* et à l'*automne* qu'on a vu principalement survenir les épidémies dont nous avons la description. Les temps *froids* et *humides;* le *séjour dans des lieux sombres*, privés d'air, sont très favorables à son développement. Déjà Hippocrate avait signalé l'influence de l'humidité, qui a ensuite été reconnue par Borsieri, P. et J. Frank, et la plupart des observateurs.

Enfin, pour terminer ce que nous avons à dire des causes, il faut signaler l'apparition de la maladie sous forme d'*épidémie*, et rechercher si, comme quelques auteurs le pensent, elle peut se communiquer par *contagion.* Dans certains endroits, et surtout dans les lieux bas et humides, les oreillons se présentent si fréquemment, qu'on peut les considérer comme endémiques; et aux époques de l'année précédemment indiquées, c'est-à-dire au printemps et à l'automne, un si grand nombre de sujets en sont affectés, que le caractère épidémique paraît évident. C'est ainsi que Laghius (2) cite une épidémie qu'il observa à Bologne, en 1733; que Rochard (3) décrit cette affection à la fois comme endémique et épidémique, ce qui lui a fait donner par Sauvages le nom de *catarrhus Bellinsulanus*, et qu'un grand nombre d'autres auteurs, tels que Noble (4), Jos. Frank (5), Borsieri d'après J. Protolongo, etc., ont rapporté des histoires d'épidémies plus ou moins frappantes. Presque toutes ces épidémies se sont présentées avec des caractères identiques. A peine y a-t-il eu quelques particularités que je signalerai plus loin.

Maintenant pouvons-nous, avec Laghius, admettre la *contagion?* Suivant cet

(1) *Œuv. comp. d'Hippocrate*, trad. par Littré. Paris, 1840, t. II, *Épidémies*, liv. I.
(2) *Hist. epid. const. Comment. Bonon.*, t. V, pars I.
(3) *Malad. part. des glandes, endémique à Belle-Isle-en-Mer* (*Journ. de méd.*).
(4) *History of an epid. of cyn. parot.* (*Med. and surg. Journ.*, vol. IV).
(5) *Praxeos med.*, p. III, vol. I, sect. I.

auteur, l'épidémie qu'il a observée aurait été apportée d'Afrique par les vents; mais rien n'est assurément moins prouvé, et, comme il n'existe pas un seul fait évident de contagion, on ne saurait admettre l'existence de cette cause spéciale.

Symptômes. Fréquemment cette maladie *débute* par les *symptômes locaux.* Dans les cas les plus graves cependant, on observe d'abord des alternatives de *frissons* légers, d'horripilations et de chaleur, qui se montrent principalement le soir, et qui n'ont pas une longue durée.

La maladie une fois déclarée, on observe ce qui suit: le malade éprouve, au-dessous d'une des deux oreilles, rarement dans ces deux régions tout d'abord, une *tension* plus ou moins considérable, avec une *douleur* contusive peu intense, et une certaine *gêne dans le mouvement de la mâchoire.* Bientôt il survient un *gonflement*, avec tension, sans dureté considérable, donnant sous le doigt la sensation d'un corps pâteux, très légèrement rénitent. La peau cependant ne change pas de *couleur* dans la plupart des cas; elle ne paraît pas collée aux parties sous-jacentes, comme dans les cas d'inflammation profonde de la parotide; elle paraît plutôt étendue sur un tissu tuméfié et gorgé de liquides.

De douze à vingt-quatre heures après, dans les cas les plus ordinaires, l'autre région parotidienne est envahie, et souvent le gonflement occupe en même temps toute la partie située au-dessous de la mâchoire inférieure. Laghius avait déjà remarqué cette invasion d'une des deux régions parotidiennes avant l'autre.

Dans les cas où les deux régions parotidiennes *sont envahies à la fois*, le gonflement marche avec plus de rapidité, et les symptômes locaux éprouvés par le malade sont plus intenses.

Le *gonflement* est toujours notable; cependant les limites qu'il peut atteindre sont très variables, et, dans quelques cas, on l'a vu si considérable qu'il donnait au visage un aspect presque effrayant. Il semble résulter de la description donnée par les auteurs que ce gonflement excessif a lieu principalement lorsque la maladie débute par de légers phénomènes fébriles. Chez quelques sujets, ce gonflement n'est point borné aux régions parotidienne et sous-maxillaire; le reste de la face, et surtout la région oculaire, peut être envahi: alors les traits deviennent entièrement méconnaissables.

Les autres accidents précédemment cités acquièrent, dans ces derniers cas, une intensité ordinairement beaucoup plus grande. C'est ainsi que la *douleur* devient vive, et se fait sentir non seulement dans les régions parotidienne et sous-maxillaire, mais encore dans les yeux et les oreilles, comme l'ont observé Laghius et Jos. Frank. Non seulement aussi la mastication se trouve gênée, mais encore la *déglutition* devient difficile, et cela à un degré assez remarquable, d'après les observations de Laghius. C'est dans ces cas que l'on a le plus de difficulté à examiner l'arrière-gorge, parce que les malades ne peuvent point ouvrir suffisamment la bouche; alors il existe un certain degré de *ptyalisme* particulièrement mentionné par Sténon.

Pendant que ces symptômes se montrent avec cette intensité, le *mouvement fébrile* fait des progrès; la *peau* devient chaude et sèche, l'*urine* sédimenteuse, et quelquefois on observe des *évacuations alvines* fréquentes.

Presque tous les observateurs ont noté, dans le cours de cette maladie, l'apparition d'un *gonflement vers les testicules.* Ce gonflement, qui n'est point constant,

est cependant assez fréquent pour qu'on puisse penser, avec Jos. Frank, que Morton a voulu le désigner sous le nom de *febris testicularis*. Quelquefois, au moment de l'apparition de ce gonflement des testicules, on voit disparaître le gonflement parotidien ; mais il n'est pas rare aussi de voir ce dernier persister, et l'affection des testicules et de la région parotidienne poursuivre leur cours ensemble. C'est principalement, ainsi que l'a fait remarquer Laghius, chez les jeunes gens que se montre le gonflement testiculaire, les enfants et les vieillards en étant presque toujours exempts.

Le *gonflement testiculaire* occupe uniquement ou presque uniquement le scrotum ; aussi se montre-t-il presque toujours uniforme et égal des deux côtés. Cependant Rochard et P. Frank, cité par son fils, ont vu le gonflement borné à un seul testicule. Dans le cas observé par Rochard, le gonflement testiculaire ou scrotal eut lieu du même côté que le gonflement parotidien ; ce fut le contraire dans le cas cité par Jos. Frank. Ce gonflement scrotal est accompagné de *douleurs le long des cordons spermatiques*, et de pesanteur dans le périnée.

Chez les femmes, un gonflement semblable se montre tantôt *dans les grandes lèvres*, ainsi que Laghius et Jos. Frank (1) l'ont noté, et tantôt aux *mamelles*, comme Hamilton (2) et Corzerez (3) en ont cité des exemples. La douleur gravative se fait alors sentir dans les aines et les lombes, avec un *prurit* dans le vagin, si le gonflement occupe les grandes lèvres, et une tension vers l'épigastre et dans les aisselles, s'il y a gonflement des mamelles.

J'ai dit plus haut que la couleur de la peau n'était point ordinairement changée ; quelquefois cependant elle prend une *teinte rosée*, et plus rarement elle est d'une couleur *rouge sombre*.

Enfin on a parlé de la production d'*abcès* qui se montrent dans quelques cas ; mais on se demande si, lorsqu'on a observé des abcès profonds de la glande parotide et de la glande maxillaire, il n'y avait pas autre chose que la maladie légère dont nous nous occupons. Ce qui autorise à le croire, c'est que, dans ces cas, l'affection n'occupait qu'un seul côté, circonstance au moins très rare dans les simples oreillons. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a vu apparaître de petits *abcès superficiels*, ayant leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La *marche* de la maladie est continue et rapide. Sa *durée* est de trois ou quatre jours ; ce n'est que dans les cas graves qu'elle dépasse ce terme. Quant à la *terminaison*, on éprouve quelque difficulté à l'indiquer. On peut néanmoins, d'une manière générale, dire que dans la presque totalité des cas, elle est favorable. Quelques auteurs, et en particulier Hamilton, ont cité un très petit nombre de cas dans lesquels la maladie se serait terminée par la suffocation et par la mort. Cet accident n'aurait eu lieu que chez de jeunes enfants. Reste encore à savoir si, en pareil cas, il s'agissait simplement des oreillons, ce que l'absence de détails dans les observations ne nous permet pas de décider.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, tantôt la résolution a lieu peu à peu sans phénomènes concomitants notables ; tantôt, ainsi que je l'ai dit plus haut, le gonflement parotidien disparaît brusquement, pour faire place à un gonfle-

(1) *Loc. cit.*, p. 62, note 31.
(2) *Trans. of the roy. Soc. of Edinburgh.*
(3) *Mém. de l'Acad. des sc. de Toulouse*, t. I.

ment semblable du scrotum, des grandes lèvres ou des mamelles. Il y a alors une véritable métastase ; mais il ne faut pas croire que les choses se passent toujours ainsi, comme l'a dit Rochoux (1), car les observations des auteurs dans lesquelles l'apparition du gonflement scrotal n'a eu aucune influence sur le gonflement parotidien sont assez nombreuses.

Quelques observateurs ont admis des métastases sur le *cerveau*, sur le *poumon*, sur les principaux organes en un mot, et Hamilton a cité quelques faits où les choses paraissent s'être passées de la sorte. Sans nier la possibilité du fait, je ne crois pas qu'on puisse, dans l'état actuel de la science, se prononcer formellement sur une semblable question. C'est à l'observation à éclairer ce point encore obscur ; au reste, ce genre de terminaison est au moins très rare.

Enfin on a signalé une terminaison par le moyen d'une *crise ;* cette crise serait presque toujours une *sueur copieuse*, qui remplacerait la sécheresse préexistante de la peau. Il faudrait encore des recherches plus exactes que celles que nous possédons, sur la marche et la durée naturelle de la maladie, et une analyse plus rigoureuse des faits, pour résoudre cette question.

L'absence d'autopsies, au moins dans des cas simples, nous empêche de parler des *lésions anatomiques*. D'après ce qu'on observe pendant la vie, on peut penser qu'il s'agit tout simplement d'un afflux plus considérable de liquides, ou, en d'autres termes, de ce que la plupart des pathologistes appellent une simple fluxion.

Le *diagnostic* de cette affection légère ne saurait nous arrêter longtemps.

L'existence de la tuméfaction dans les deux régions parotidiennes, le peu de dureté de la tumeur, ses limites mal circonscrites, le peu d'intensité des symptômes généraux, suffisent pour faire distinguer les oreillons de l'*inflammation de la glande parotide*.

Les mêmes caractères, le siége superficiel du gonflement, et l'absence de toute cause organique voisine empêcheront que l'on confonde cette maladie avec l'*engorgement des ganglions sous-maxillaires* qui survient dans les affections du pharynx, dans l'érysipèle et dans quelques exanthèmes.

Quant aux *tumeurs scrofuleuses* qui occupent la même région, il suffit de les mentionner ; car le moindre examen les fera facilement distinguer. Il serait inutile de présenter un tableau d'un diagnostic si simple.

Nous avons vu que la détermination du *pronostic* présente quelques difficultés. Si les cas cités par Hamilton et quelques autres sont des cas de simples oreillons, on doit admettre que la maladie est infiniment plus grave *chez les jeunes enfants*, puisqu'ils peuvent être suffoqués. Les abcès superficiels n'ont que de très légers inconvénients, et quant aux abcès profonds, il est très douteux qu'ils appartiennent à la maladie qui nous occupe. En somme, le pronostic est favorable dans la presque totalité des cas.

Traitement. Le traitement de cette maladie est très simple ; presque toujours il suffit du séjour au lit, et de quelques adoucissants et émollients pour la faire disparaître.

Dans les cas où l'on voudrait favoriser ou déterminer la sueur, on donnerait des

(1) *Dict. de méd.*, art. OREILLONS.

boissons diaphorétiques légères, comme l'*infusion de bourrache*; ou de légers excitants généraux, comme l'*infusion de sauge*.

Il est rare que l'on ait recours aux *émissions sanguines*. Cependant, si la fièvre était intense, la chaleur très élevée, et s'il y avait une certaine inquiétude, on pratiquerait une *saignée générale* de 300 à 400 grammes chez les adultes. Il ne paraît pas convenable d'appliquer des *sangsues* sur le siége de la tuméfaction, qu'elle existe aux régions parotidiennes, aux testicules ou aux mamelles. Si l'on avait recours aux sangsues, chez des enfants par exemple, il vaudrait mieux (selon les apparences, car nous n'avons rien de positif à cet égard) les appliquer à l'anus.

Il est rare qu'on ait recours aux *vomitifs* et aux *purgatifs*. Cependant Jos. Frank, qui admet une *complication gastrique*, propose d'administrer l'*émétique* à petite dose, dans le but non seulement d'évacuer les saburres, mais encore de provoquer la transpiration. S'il y avait quelques symptômes d'embarras gastrique, on donnerait l'*émétique à dose vomitive*, c'est-à-dire à la dose de 0,05 gramm. dans un demi-verre d'eau. Quant aux *purgatifs*, 30 ou 40 grammes de *manne*, 30 grammes d'*huile de ricin*, etc., seraient prescrits; mais en général il suffit d'administrer quelques *lavements émollients* ou rendus laxatifs par l'addition de quelques cuillerées d'*huile d'olive*, afin d'entretenir la liberté du ventre.

Quelques autres symptômes qui se sont montrés dans des cas rares, comme de l'agitation, de l'insomnie, des inquiétudes, ont été traités par quelques auteurs à l'aide de médicaments particuliers, tels que la *racine de serpentaire*, le *camphre*, le *carbonate* ou l'*acétate d'ammoniaque*. Ce dernier médicament, conseillé par Hamilton, était donné par lui *à la dose de 10 à 15 centigrammes le soir*. Je pense qu'il suffit de mentionner ces médicaments, dont l'action et l'efficacité, en pareil cas, sont fort hypothétiques. Les *opiacés* à dose hypnotique peuvent être également employés.

Reste une dernière question : *Est-il des cas où le gonflement ayant disparu avec plus ou moins de rapidité, il faut le rappeler?* Nous avons vu plus haut qu'on ne pouvait pas se prononcer avec certitude relativement à l'existence des métastases sur les principaux organes internes : si cependant, après la disparition brusque des oreillons, on voyait survenir des symptômes graves du côté du cerveau ou des poumons, on serait autorisé à faire tous ses efforts pour rappeler le gonflement, effet que l'on chercherait à obtenir par l'application de *sinapismes*, d'un *liniment volatil*, de *vésicatoires même* sur les régions parotidiennes, les testicules et les mamelles, en même temps que l'on combattrait l'affection interne par des moyens énergiques.

Pour compléter le traitement d'une maladie si bénigne, il me suffit d'ajouter que le *régime* doit être léger; que la *diète* ne doit être prescrite que dans les cas où l'affection est intense et présente un certain mouvement fébrile; que les malades doivent être *soustraits au froid et à l'humidité*, et garder le *repos*.

Il serait inutile de résumer un traitement aussi simple.

CHAPITRE II.

MALADIES DU PHARYNX.

Nous voici parvenus à des maladies qu'on peut mettre au nombre des plus importantes parmi celles des voies digestives. Présentant des symptômes souvent fort intenses et ayant, dans beaucoup de cas, une très grande gravité, se montrant très fréquemment aux divers âges de la vie, les maladies du pharynx ont dû, de tout temps, fixer d'une manière particulière l'attention des médecins : aussi, dès l'origine de la médecine, voyons-nous les principaux auteurs leur accorder une mention toute particulière, et plus tard retrouvons-nous, sous des noms très différents, des articles importants consacrés aux maladies du pharynx dans tous les traités de médecine, sans compter les travaux spéciaux entrepris sur cet important sujet. Il semble donc, au premier abord, qu'il est extrêmement facile de tracer l'histoire de cette affection ; mais on voit bientôt que les anciens auteurs, n'ayant point connu parfaitement les caractères anatomiques de ces maladies diverses, et que les médecins plus modernes ayant, sans tenir un compte suffisant du siége des lésions, réuni sous un même titre des affections différentes, il en est résulté une très grande confusion. Ce n'est donc pas une petite difficulté que d'exposer d'une manière précise ce qui appartient en propre à chacune des affections particulières que nous allons passer en revue. Nous aurons à signaler sur ce point de très grandes obscurités dans tous les auteurs qui ont vécu avant le siècle présent.

Et d'abord nous n'obtenons que de très faibles lumières des écrits d'Hippocrate et de Galien. Un ou deux *aphorismes* du premier et quelques passages isolés ne contenant que des indications plus propres à induire en erreur qu'à nous éclairer, voilà tout ce que nous trouvons dans cette haute antiquité. On sait que Galien fit des efforts pour distinguer les angines qui ont leur siége dans le pharynx, de celles qui ont leur siége dans le larynx : qu'il en fut de même d'Arétée (1), et qu'ensuite cette division fut maintenue avec plus ou moins d'exactitude et définitivement consacrée par Boerhaave et Van Swieten (2) ; mais cette distinction n'est point assez parfaite dans les écrits de tous ces auteurs pour que les descriptions ne présentent point encore une assez grande confusion. C'est surtout dans ces derniers temps qu'on a établi une ligne de démarcation très tranchée entre les affections propres au larynx et les affections propres au pharynx, tout en reconnaissant que, dans certaines circonstances, les lésions se propagent rapidement d'une de ces cavités à l'autre.

Néanmoins, sous le nom générique d'*angine*, un grand nombre d'auteurs ont continué à désigner également les affections du pharynx et du larynx, une gêne plus ou moins notable de la respiration ou de la déglutition leur suffisant pour admettre l'existence de l'angine. Cette définition, proposée par Van Swieten, a récemment été adoptée par les auteurs du *Compendium* (t. I, article ANGINE) comme s'appliquant à tous les cas. Sans doute, si l'on veut conserver encore cette mauvaise dénomination d'*angine*, on doit se ranger à la manière de voir de ces auteurs ;

(1) *De causis et signis*, etc., lib. I, cap. VII.
(2) *Commentarii in H. Boerhaave aphorismos*. Lugd. Bat., 1759, t. II.

mais, en y réfléchissant, on verra que, de toutes les causes qui ont apporté la confusion dans l'histoire des maladies du pharynx et du larynx, la plus puissante est peut-être cette réunion forcée sous un même titre de maladies fort dissemblables.

Les maladies du pharynx diffèrent de celles du larynx non seulement par leur siége, mais encore par des symptômes importants, par leur marche, par leur gravité et par les moyens de traitement qui leur sont propres. Il est donc indispensable de séparer complétement des affections si différentes ; autrement il peut en résulter un embarras très fâcheux pour la pratique. Il ne suffit pas, en effet, que la nature de la maladie soit la même pour qu'on lui conserve le même nom dans les différents points qu'elle occupe, et c'est évidemment à tort que, dans ces derniers temps, M. Bretonneau a voulu que, sous le nom de *diphthérite*, on confondît l'angine couenneuse et le croup. Il faut sans doute reconnaître cette identité de nature, ainsi que la propagation de la maladie d'une cavité à l'autre ; mais les autres circonstances précédemment énumérées veulent qu'on regarde l'affection comme très différente, suivant qu'elle occupe le larynx ou le pharynx.

Ce n'est pas que la distinction dont il s'agit n'ait été introduite dans les termes à une époque assez reculée. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler la division établie par Galien, adoptée par Lazare Rivière (1), et que j'ai citée dans le premier volume de cet ouvrage (2). Je me bornerai à la reproduire ici : 1° *Cynanche :* Inflammatio interiores propriosque laryngis musculos occupat. 2° *Synanche :* Interiores pharyngis musculos inflammatio occupat. 3° *Paracynanche :* Exteriores laryngis musculos inflammatio invadit. 4° *Parasynanche :* Exteriores faucium musculos inflammatio invadit.

Cette division n'a point été néanmoins généralement adoptée, comme on peut s'en assurer par la lecture des principaux auteurs, tels que Boerhaave, Borsieri, Jos. Frank, etc. Cela tient peut-être à ce que, d'une part, les deux divisions *Paracynanche* et *Parasynanche* ne sauraient entrer dans l'histoire des angines, et secondement à ce que la définition étant mauvaise, puisqu'il s'agit de l'inflammation des muscles du larynx et du pharynx, les médecins qui ont bien connu la maladie n'auront point voulu l'accepter.

Aujourd'hui il nous est facile de proposer des dénominations qui rendent la description des diverses maladies dont il s'agit plus claire et plus facile ; il suffit de désigner sous le nom de *laryngites*, comme je l'ai fait dans le premier volume de cet ouvrage, les angines qui occupent le larynx, et de *pharyngites* celles qui envahissent le pharynx.

La discussion dans laquelle je viens d'entrer ne paraîtra sans doute point oiseuse, si l'on réfléchit à l'idée vague que fait naître cette expression d'angine, et que n'ont point, selon moi, suffisamment réussi à dissiper les dénominations d'angine pharyngée et d'angine laryngée, employées par les auteurs modernes.

Les affections propres au pharynx sont assez nombreuses. Plusieurs divisions ont été présentées par les auteurs ; elles sont principalement fondées sur le siége de la lésion, sur la forme que présente la maladie, et sur les causes présumées qui l'ont produite.

(1) *Praxeos med.*, lib. VI, cap. VII, *De angina.*
(2) Voy. *Laryngite simple aiguë*, t. I.

Boerhaave et Van Swieten admettaient : 1° une *angine aqueuse*, dans laquelle la tuméfaction étant considérable, ils avaient vu un œdème aigu des parties constituantes du pharynx ; 2° une *angine squirrheuse*, remarquable par la dureté des tissus, et que l'on doit sans doute rapporter à l'induration chronique des amygdales ; 3° une *angine inflammatoire ;* 4° une *angine suppuratoire*, et 5° une *angine gangréneuse*. Ce sont là les seules angines pharyngées qui se trouvent dans cette division, car les autres sont des angines laryngées ou ne sont point des angines. Parmi ces dernières affections se trouve la *paralysie du pharynx et de l'œsophage*, qui a été également admise par Borsieri (1) sous le titre d'*Angina paralytica*.

Sauvages a, comme à l'ordinaire, multiplié les divisions ; celles qui se rapportent particulièrement à l'angine pharyngée sont les suivantes : 1° *Cynanche tonsillaris ;* variétés : *C. catarrhalis*, *C. vera*, vel *sanguinea ; C. synochalis* ou compliquée de fièvre putride ; 2° *C. maligna*, comprenant la *C. ulcerosa* et la *C. gangrenosa ;* 3° *C. exanthematosa*. Il suffit de cette indication pour montrer sur quels principes Sauvages a fondé cette division, qui ne saurait nous être d'aucune utilité, car elle n'est pas plus complète et est beaucoup plus confuse que celle des autres auteurs. C'est pourquoi je n'indiquerai pas les espèces qui sont fondées sur des circonstances accidentelles, comme la *C. a deglutitis* et la *C. a dyssenteria*. Les divisions de Cullen et de Jos. Frank ont pour base des principes à peu près semblables.

Plus récemment on a reconnu l'*angine simple*, que l'on a désignée sous le nom d'*angine gutturale* quand elle occupe l'isthme du gosier, sous celui d'*amygdalite*, quand elle a son siége dans les tonsilles, et sous celui d'*angine pharyngée* quand elle a son siége dans les parties profondes du pharynx ; puis l'*angine pultacée*, l'*angine couenneuse* et l'*angine gangréneuse*.

Après avoir examiné les principales observations de maladies du pharynx, voici la division que je crois devoir adopter : 1° *Pharyngite simple aiguë*, dont les diverses variétés seront indiquées et appréciées ; 2° *pharyngite simple chronique ;* 3° *pharyngite pultacée* et *pharyngite couenneuse ;* 4° *pharyngite ulcéreuse ;* 5° *pharyngite gangréneuse*.

L'histoire de ces maladies, avec quelques mots que je dirai d'abord de l'*hémorrhagie du pharynx*, et une courte indication de la *dégénérescence cancéreuse* des parois de cette cavité et de la *dilatation du pharynx*, formeront la matière de ce chapitre.

Dans les maladies du pharynx, je fais entrer *celles du voile du palais*, parce que cette partie appartient beaucoup plus à cette cavité qu'à la cavité buccale.

ARTICLE I.

HÉMORRHAGIE DU PHARYNX (*pharyngorrhagie*).

Cette affection est rare. Sous le titre de *stomato-pharyngorrhagia*, P. Frank (2) a cité un petit nombre de cas où de *petites varices*, semblables à celles que nous avons décrites dans la bouche, ont donné par leur rupture un écoulement de sang.

(1) *Inst. med. prat.* Lipsiæ, 1826, vol. III, *De angina*, p. 354.
(2) *Traité de méd. prat.* Paris, 1842, t. II, p. 516.

Il cite également un exemple dans lequel l'hémorrhagie du pharynx eut lieu chez une femme non réglée depuis huit ans. Une légère érosion de la paroi postérieure de la cavité pharyngienne donnait issue au sang. Dans quelques autres cas d'ulcérations, on a vu aussi une petite quantité de sang provenant du pharynx être rejetée par la bouche. Quelquefois l'hémorrhagie est causée par une violence traumatique; et enfin, M. Alquié et d'autres ont rapporté des observations d'hémorrhagie pharyngienne causée par la *piqûre d'une sangsue* qui avait été avalée en buvant.

L'*écoulement de sang* est très peu considérable, à moins qu'il ne soit dû à une cause traumatique, ou qu'il ne constitue une *hémorrhagie supplémentaire*, comme dans le cas cité par P. Frank. L'inspection du pharynx en fait facilement reconnaître la source dans le plus grand nombre des cas. Le liquide est rejeté ordinairement par *simple exscréation*, après quelques efforts bruyants pour le chasser de la cavité pharyngienne. Il *n'est pas spumeux*, à moins qu'il n'ait été agité violemment par des secousses de toux provoquées ou non par l'entrée de quelques gouttes de sang dans le larynx.

Ces signes sont suffisants pour faire distinguer cet écoulement sanguin des autres hémorrhagies qui ont lieu par la bouche. On conçoit du reste, que l'hémorrhagie du pharynx est celle dans laquelle le sang peut être le plus facilement avalé, et, en pareil cas, on pourrait confondre la maladie avec une *hématémèse*, si des vomissements sanglants avaient lieu ; mais les signes déjà indiqués dans cet ouvrage (1) feront facilement éviter l'erreur.

Les divers moyens indiqués dans l'article consacré à l'hémorrhagie buccale s'appliquent parfaitement à l'hémorrhagie du pharynx. Ce serait donc une répétition inutile que de les rappeler ici, et je me hâte d'abandonner une affection dont l'intérêt est plus que médiocre.

ARTICLE II.

PHARYNGITE SIMPLE AIGUE.

Sous ce titre générique, je comprends plusieurs espèces de pharyngite admises par les auteurs. J'aurai à décrire, en effet, sous le rapport de la nature de l'affection, l'*angine catarrhale* de Sauvages, l'*angine inflammatoire* ou *sanguine* de Boerhaave, l'angine franche de quelques auteurs, et l'*angine membraneuse* de quelques autres, qu'il ne faut pas confondre avec l'*angine bilieuse*, *gastrique*. Sous le rapport de la forme, nous trouvons l'angine bilieuse, gastrique, etc., et enfin, sous le rapport du siége, une division beaucoup plus importante admise aujourd'hui par un grand nombre de médecins français et qui est la suivante : *Pharyngite superficielle bornée à l'isthme du gosier*, ou *angine gutturale ; pharyngite ayant son siége principal dans les tonsilles* ou *amygdalite ;* et enfin, *pharyngite ayant son siége dans les parties les plus reculées du pharynx*, ou *angine pharyngée proprement dite.*

Sans doute il faut reconnaître avec Pinel et avec plusieurs des auteurs qui l'ont suivi, tels que MM. Rostan et Roche, qu'il est rare que la maladie soit bornée à un petit espace, et que l'inflammation a une très grande tendance à occuper à la fois plusieurs des parties constituantes du pharynx. Mais dans les cas où la pha-

(1) Voy. art. *Épistaxis* et *Hémoptysie*.

ryngite est ainsi limitée, il y a des circonstances particulières qui donnent une physionomie propre à l'affection, et qui la rendent plus ou moins dangereuse, de sorte qu'il n'est pas inutile, pour la pratique, de connaître ces particularités. Quelques auteurs, et entre autres Borsieri, pour résoudre toutes les difficultés, ont admis une autre angine formée de plusieurs de celles qui viennent d'être indiquées, et l'ont désignée sous le nom d'*angina composita*. Il suffira de dire quelques mots de cette pharyngite généralisée, ce que je ferai dans le cours de cette description.

Cette dernière division est donc celle que je crois devoir adopter; elle me permettra de passer en revue, dans un ordre facile à suivre, tous les points importants de l'histoire de la pharyngite simple aiguë. Quant aux espèces admises sous le point de vue de la forme et de la nature de la maladie, je me bornerai à exposer, dans la suite de cet article, ce qu'elles offrent de particulier.

PREMIÈRE ESPÈCE : *Pharyngite superficielle, ayant son siége dans l'isthme du gosier* (angine gutturale).

Cette affection n'a été bien étudiée, d'une manière isolée, que dans ces dernières années : elle est une des plus fréquentes que l'on rencontre ; mais aussi elle est très souvent extrêmement légère, de sorte qu'on n'en a pas recueilli d'observations bien détaillées. Il en est de cette affection comme de la bronchite aiguë légère, qui a paru trop simple et trop facile à guérir pour qu'on s'en soit sérieusement occupé.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La pharyngite gutturale est définie par les auteurs une inflammation qui a son siége dans la membrane muqueuse qui revêt l'isthme du gosier, le voile du palais, ses piliers et les amygdales. Ce qui la distingue de l'amygdalite, c'est son siége superficiel, de sorte que la glande elle-même n'est point sensiblement affectée. Nous verrons cependant que, dans quelques cas exceptionnels, le voile du palais est plus profondément atteint, en sorte que la définition n'est pas exactement rigoureuse. Il faut en outre ajouter que, dans certains cas légers, l'inflammation paraît uniquement bornée à la partie antérieure de l'isthme du gosier, de telle façon qu'aucune partie des amygdales n'est atteinte.

Les *noms* que l'on a donnés à cette affection sont principalement tirés de son siége : ainsi *isthmitis*, *paristhmitis*, *staphylite ;* mais on voit que ces dénominations ne sont pas parfaitement exactes, puisque quelquefois l'inflammation peut s'étendre au delà. C'est elle que l'on a principalement désignée sous les noms d'*angine catarrhale*, *rhumatique*, *gutturale*. On lui a aussi donné les noms vicieux de *palatite* et d'*angine simple*.

J'ai déjà dit que cette affection est *très fréquente ;* nous en trouverons bientôt une preuve dans l'étude des causes, car nous verrons que tous les ans, à certaines époques, elle attaque une plus ou moins grande partie de la population, et qu'elle prend un caractère épidémique.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tout le monde sait que cette affection peut atteindre tous les *âges;* cependant, d'après les observations de la plupart des auteurs, elle ne se montre pas dans la même proportion à toutes les époques de la vie. On a remarqué qu'elle attaque principalement les sujets *jeunes* et qui présentent les attributs du *tempérament sanguin.* Il serait toutefois nécessaire qu'on fît à ce sujet des recherches plus exactes.

Billard (1) a avancé que l'angine gutturale est très fréquente *chez les nouveau-nés.* C'est ce qu'il ne m'a pas été permis de constater, et ce qui doit être bien difficile à reconnaître, surtout si l'affection ne présente d'autres signes que ceux que lui a assignés Billard, et que j'indiquerai plus loin.

Suivant J. Frank, qui distingue la pharyngite dont il est question en *angine catarrhale* et en *angine rhumatique,* ces deux espèces attaqueraient les sujets dans des conditions très différentes. Ainsi la première sévirait sur les enfants, le sexe féminin, les hommes débiles, les individus lymphatiques, scrofuleux, ceux qui sont en proie au vice syphilitique ou qui ont fait abus du mercure; tandis que la seconde se montrerait chez des sujets vigoureux, mais qui se seraient exposés à des variations de température. Rien n'autorise à admettre cette distinction, jusqu'à ce que les faits soient venus en prouver la solidité.

Malgré l'assertion de J. Frank, il est difficile de se prononcer sur l'influence du *sexe* dans l'angine gutturale. Presque tous les médecins pensent néanmoins que le sexe féminin y est le plus sujet; mais dans le relevé des observations de MM. Louis et Rufz, on voit que la proportion des hommes a été notablement plus considérable que celle des femmes.

Les *saisons* dans lesquelles se produit le plus fréquemment cette maladie sont, sans contredit, le commencement du printemps et de l'automne, surtout lorsque le temps est très humide et pluvieux. Sturm (2) a rassemblé des faits qui mettraient hors de doute l'existence de cette cause, si le grand nombre d'exemples que nous en avons tous les ans sous les yeux ne rendait cette démonstration inutile. L'habitation dans les *lieux froids et humides* fait naître la même prédisposition, quoique à un degré beaucoup moins élevé.

Les sujets *convalescents* d'une maladie fébrile sont exposés à contracter cette angine superficielle, dont l'existence a été reconnue par Bayle lui-même, quoiqu'il en ait mal apprécié la valeur. C'est néanmoins un fait qu'il importe de signaler, parce que cette pharyngite superficielle entraîne parfois après elle une affection très grave, l'œdème de la glotte.

Enfin j'ai déjà dit que cette maladie se montrait sous *forme épidémique.* On voit en effet, aux époques mentionnées plus haut, un grand nombre d'individus en être atteints sans qu'on puisse en trouver la cause ailleurs que dans un état particulier de la constitution atmosphérique. Il serait extrêmement facile d'en citer des exemples.

(1) *Traité des malad. des enf. nouv.-nés.*
(2) *Aer anginæ causa efficiens,* 1699.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles ont été trouvées principalement dans le *refroidissement*, et surtout dans le *refroidissement des pieds;* dans le *passage rapide d'un lieu chaud dans un lieu froid;* dans l'exposition à un *courant d'air*, principalement lorsqu'on a le cou dépouillé; dans l'*arrêt subit de la transpiration*, et surtout de la transpiration des pieds. Les exemples qu'on a cités de l'action de ces causes sont nombreux, mais il faut ajouter qu'une des *prédispositions* précédemment indiquées paraît nécessaire dans le plus grand nombre des cas.

Je ne parle pas des *grands efforts de la voix* et du *chant*, qui déterminent plutôt une légère irritation du larynx et de l'enrouement, ni des *boissons très chaudes* qui ne donnent lieu qu'à une excitation passagère, ou qui produisent une légère brûlure ; mais il faut dire, d'après quelques auteurs, que l'effet des causes précédentes est beaucoup plus facile et plus prompt lorsque les sujets viennent de se livrer à de grands efforts de la voix ou ont pris des boissons chaudes.

L'*ingestion d'un liquide glacé* a été quelquefois suivie de la maladie dont il est question : la cause a-t-elle agi seulement alors comme le froid extérieur ?

L'*inspiration d'un gaz irritant* peut produire une inflammation du pharynx ; mais, presque toujours, dans ces cas, l'inflammation du larynx, de la trachée et des bronches a une bien plus grande importance, et attire l'attention du médecin.

Enfin, dans d'autres cas, on a admis l'existence d'une cause bien différente de celles qui viennent d'être mentionnées : c'est une *augmentation rapide et considérable de la chaleur atmosphérique* coïncidant avec l'humidité.

La plus importante de ces causes est évidemment celle qui se trouve dans l'action de la constitution atmosphérique, et qui a quelque chose d'inexplicable pour nous ; nous retrouverons la plupart des autres dans les diverses angines qu'il nous reste encore à étudier.

Je n'ai pas jugé nécessaire de mentionner ici l'inflammation du pharynx, qui accompagne plus ou moins fréquemment certaines *maladies fébriles*, et en particulier les *fièvres exanthémateuses*, parce que ces angines présentent le plus souvent quelque chose de spécial, et que, d'un autre côté, elles ne sont que des lésions secondaires dont il sera question à l'occasion des maladies dans le cours desquelles elles se montrent.

§ III. — Symptômes.

Début. Le début de l'affection a lieu de deux manières différentes : tantôt le premier signe de la maladie consiste dans une gène plus ou moins grande rapportée au voile du palais : alors la maladie commence par les symptômes locaux ; tantôt, au contraire, il y a un mouvement fébrile plus ou moins notable, qui consiste en une sensibilité au froid, une accélération du pouls, la chaleur halitueuse de la peau, accompagnées de céphalalgie et de troubles intestinaux. Cette dernière espèce de début est rare ; car presque toujours, lorsque les symptômes généraux ouvrent la scène, on voit survenir, outre les accidents locaux qui viennent d'être mentionnés, un gonflement des amygdales qui annonce que les tonsilles ont une grande part à la maladie ; cela prouve que la division proposée par les auteurs, et que j'ai cru devoir adopter pour les motifs indiqués plus haut, n'est exacte que pour un certain nombre de cas de pharyngite très légère.

Symptômes. Lorsque la pharyngite reste bornée à l'ouverture supérieure du pharynx et qu'elle est superficielle, voici les symptômes qui se présentent. La *gêne*, que nous avons dit exister à l'isthme du gosier, augmente et devient une véritable *douleur ;* cette douleur est extrêmement *augmentée par la déglutition*, et cependant les malades éprouvent continuellement le besoin d'avaler la salive qui afflue dans leur bouche : la déglutition des corps liquides est plus difficile et plus douloureuse que celle des corps solides. Lorsque ce symptôme est porté très haut, ce qui est assez rare, les malades, après avoir fait des efforts douloureux pour avaler leur salive, finissent par la rejeter au dehors.

Ils éprouvent en outre un besoin fréquent de chasser par des secousses brusques le *mucus* qui se produit sur la membrane enflammée ; et quelquefois aussi ces mouvements sont provoqués par le simple gonflement des parties, qui fait croire à la présence d'un corps étranger.

Comme dans l'inflammation aiguë des fosses nasales, nous trouvons d'abord ici une *sécheresse* de la muqueuse enflammée, qui, au bout d'un ou deux jours, est remplacée au contraire par cette sécrétion surabondante de mucus qui vient d'être signalée.

Si l'on examine alors les parties malades, on voit le voile du palais, son pilier antérieur, la partie voisine de la base de la langue, et fréquemment les amygdales et le pilier postérieur, se montrer avec une *rougeur* plus ou moins vive, mais médiocrement intense dans le plus grand nombre des cas. Le voile du palais paraît plus *épais ;* la luette est également épaissie, allongée, et présente sur ses bords et à son extrémité une *demi-transparence œdémateuse.* Lorsque l'inflammation est bornée à un seul côté, la tuméfaction de la luette n'ayant lieu que dans une de ses moitiés, il peut en résulter que ce petit appendice est *dévié* du côté opposé.

Cependant les amygdales ne sont pas sensiblement tuméfiées ; seulement elles présentent quelquefois à leur surface de petites concrétions blanchâtres qui annoncent que l'inflammation a atteint quelques unes de leurs lacunes, symptôme que nous retrouverons quand il s'agira de l'amygdalite.

Cet état des parties malades occasionne quelques autres symptômes qu'il importe de mentionner. Ainsi le gonflement du pilier antérieur du voile du palais, et surtout celui de la luette, donnent lieu, sur la base de la langue, à un contact continuel et incommode qui peut occasionner des *nausées* et des *vomissements*, et qui bien plus souvent provoque les mouvements de déglutition dont il a été question plus haut.

Quant à la *toux gutturale* décrite par quelques auteurs, et en particulier par Laz. Rivière (1) et par Saxonia (2), est-on bien certain que, dans les cas où elle se montre, l'inflammation ne s'est pas propagée à la partie supérieure du larynx ?

On a encore rangé, parmi les symptômes de cette affection, le *rejet des boissons par les fosses nasales ;* mais je ne connais pas d'exemple de ce fait, et tout porte à croire que dans les cas où ce symptôme s'est montré, il s'agissait d'une angine beaucoup plus grave et beaucoup plus profonde.

Pour compléter le tableau de ces symptômes peu graves, il suffit d'ajouter que l'*haleine* est ordinairement mauvaise ; que le malade se plaint d'un *goût fade* ou

(1) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII.
(2) *Prælect. practic.*, pars I, cap. IX.

désagréable ; que la bouche est assez souvent *pâteuse*, et quelquefois chargée d'un *enduit* plus ou moins épais. Quant aux symptômes ayant leur siége dans d'autres organes, il n'en existe pas, à moins qu'il n'y ait un mouvement fébrile, cas rare dans cette espèce, et dont je vais dire un mot.

Mais auparavant je dois ajouter que, quelque légère que paraisse cette affection, d'après la description précédente, on pourrait citer des cas où elle se montre plus légère encore, et qui ne méritent guère le nom de maladie. Ainsi on éprouve assez fréquemment, à la partie postérieure du voile du palais, un léger sentiment de gêne, avec un gonflement plus ou moins considérable de la luette, des mouvements presque involontaires de déglutition, l'excrétion d'une petite quantité de mucus concret, sans aucune autre altération de la santé. Ces phénomènes se dissipent spontanément.

Pharyngite gutturale fébrile. Dans les cas exceptionnels où cette pharyngite détermine un *mouvement fébrile*, son apparition est précédée et accompagnée d'un sentiment de chaleur peu considérable, d'une légère élévation du pouls et d'un *malaise général* qui se montre principalement le soir. Il est rare d'observer d'autres symptômes fébriles, et la céphalalgie, ainsi que les troubles gastriques qui se montrent parfois, sont peu intenses.

Pharyngite gutturale suppuratoire. A peine peut-on citer quelques cas où l'inflammation de l'isthme du gosier ait pénétré assez profondément pour déterminer la *suppuration* des parties ; c'est cependant ce que l'on observe quelquefois, et alors l'affection prend les caractères de l'*angine inflammatoire* d'un grand nombre d'auteurs. Dans ces cas, on voit survenir, soit dans un des côtés du voile du palais, soit dans un de ses piliers, un gonflement plus considérable, avec une douleur assez vive, et avec une grande difficulté d'écarter les mâchoires. La sécrétion du mucus est considérable, les parties sont déformées : ainsi le bord inférieur du voile du palais peut devenir convexe, les piliers très proéminents se porter vers la base de la langue, et la luette être notablement déviée. Au bout de quelques jours, les symptômes diminuent ; on voit apparaître sur la partie gonflée un point plus saillant, qui, se rompant ordinairement dans un effort pour détacher les mucosités, donne issue à une plus ou moins grande quantité de pus : effet qui est suivi d'un soulagement immédiat. Dès ce moment, la guérison est rapide, et la cicatrisation ne se fait point attendre. Dans quelques cas, on est obligé d'*ouvrir l'abcès* avec le bistouri.

Pharyngite gutturale gangréneuse. Dans des cas plus rares encore, il survient une *gangrène* superficielle et bornée, et l'affection se termine promptement après la chute de l'escarre. J'en ai vu un exemple très remarquable à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis. J'aurai occasion de le rappeler dans l'histoire de la *pharyngite gangréneuse*.

J'ai dit plus haut qu'on avait distingué dans cette espèce de pharyngite deux formes principales qui sont : l'*angine catarrhale* et l'*angine rhumatique*. Voici, d'après les principaux auteurs, ce qui distinguerait ces deux formes :

Pharyngite catarrhale. Connue sous les noms d'*angina lymphatica*, *notha*, *catarrhosa*, *tenuis*, *mucosa*, *œdematosa*, cette forme de la pharyngite débute plus fréquemment que l'autre par un léger mouvement fébrile. La couleur rouge des parties est peu intense ; la luette est remarquablement gonflée et transparente :

fait qu'Hippocrate avait particulièrement constaté (1). La sécrétion de mucus est notable, la douleur peu intense, si ce n'est pendant la déglutition, et l'on voit assez fréquemment les ganglions sous-maxillaires se gonfler.

Pharyngite rhumatique. Elle se distingue principalement de la précédente par des douleurs plus intenses le soir ; par leur irradiation au cou et aux épaules ; par la disparition de la fièvre initiale lorsque la lésion locale est établie ; par la rougeur intense et semblable à la teinture de garance qui occupe l'isthme du gosier, et par l'absence d'un gonflement notable.

On voit qu'il n'y a, dans ces deux formes de la maladie, que des nuances très fugitives, et encore faut-il remarquer que Jos. Frank, qui a plus que tout autre insisté sur cette distinction, a évidemment fait entrer dans sa description des angines tonsillaires dont nous avons renvoyé l'étude plus loin. En somme, cette division est fondée plutôt sur les idées qu'on s'est faites de la nature des causes de la maladie que sur une appréciation rigoureuse des faits.

J'ai dit plus haut que Billard avait décrit une pharyngite des nouveau-nés. La rougeur vive et persistante de la gorge, avec des signes plus ou moins marqués d'inquiétude et le refus de prendre des aliments, sont les seuls symptômes qu'il indique comme caractérisant cette maladie, dont lui seul a vu des exemples.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Lorsque la pharyngite est très légère et bornée à une très petite étendue, elle disparaît complétement dans l'espace d'un, deux ou trois jours. Dans le cas contraire, et surtout lorsqu'il y a un léger mouvement fébrile, elle peut durer cinq, six et sept jours, et plus longtemps encore dans les cas rares où l'affection se termine par suppuration ; mais toujours elle a une marche rapide et uniforme.

La *terminaison* a presque constamment lieu, ainsi que nous l'avons vu plus haut, par résolution. Les cas où se manifestent la suppuration et la gangrène peuvent être regardés comme des exceptions très rares. On a dit que cette angine pouvait passer à l'*état chronique*, mais les exemples de ce fait ne se trouvent nulle part. On conçoit néanmoins qu'à la suite de légères inflammations très souvent répétées, l'isthme du gosier puisse devenir le siége d'une irritation chronique, comme nous verrons que cela a lieu pour les amygdales.

§ V. — Lésions anatomiques.

On comprend facilement que les recherches sur ce point sont très peu nombreuses ; aussi suffira-t-il de dire, d'après ce que l'on observe pendant la vie, et d'après quelques autopsies de sujets qui ont succombé à d'autres affections, que le gonflement, le ramollissement, l'état granulé, la rougeur plus ou moins intense de la muqueuse, un peu d'infiltration œdémateuse, et, dans des cas rares, les abcès du voile du palais et de ses piliers, constituent les seules lésions organiques de quelque importance.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la laryngite gutturale est très facile. L'inspection des parties permet, en effet, de constater l'inflammation de la muqueuse, qui rend compte de tous les symptômes. Dans les cas où la suppuration s'établit, un gonflement con-

(1) *Œuvres compl.*, trad. par E. Littré. Paris, 1851, t. VII, *Des maladies*, liv. II.

sidérable, borné à une petite étendue, déformant le voile du palais, repoussant la luette du côté opposé; une douleur vive et plus persistante que dans les cas ordinaires; une très grande difficulté de la déglutition et de l'ouverture des mâchoires, servent de base au diagnostic. Il serait inutile, comme on le voit, de le présenter en tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est fort peu grave. Même dans les cas exceptionnels, où l'inflammation a pénétré profondément et a déterminé la suppuration, la guérison est constante.

§ VII. — Traitement.

Le peu de gravité de la maladie fait qu'on s'est peu préoccupé de son traitement. En parcourant, en effet, ce qui a été dit à ce sujet, on voit que les recommandations des auteurs s'appliquent tout aussi bien à l'amygdalite, dont il sera question plus tard, qu'à l'affection qui nous occupe.

Ainsi, la *saignée générale*, déjà indiquée par Celse (1), et les *sangsues* appliquées au cou, sont indifféremment prescrites dans les deux espèces. Il serait donc inutile d'insister ici sur ce point, que nous aurons à étudier plus tard.

On emploie ordinairement les gargarismes adoucissants, émollients, rendus quelquefois astringents par l'addition du *sirop de mûres*, d'*infusion de ronces communes*, de *roses rouges*, d'*écorce de chêne*, de *ratanhia*, etc., ou, comme le conseille Jos. Frank, d'une petite quantité de *vinaigre*, ou bien encore d'un acide concentré, comme l'*acide sulfurique*. Quelques auteurs ont encore recommandé le *sel marin* et l'*acétate de plomb;* et Pringle ajoutait à la *décoction de figues*, dans un mélange de lait et d'eau, quelques *gouttes d'ammoniaque*. Les mêmes substances ont été également prescrites en boisson.

Alun. Dans ces derniers temps, on a fait usage de topiques plus puissants, et en particulier de l'*alun*, qui cependant n'est pas un médicament nouveau dans le traitement de l'angine. Zobélius l'administrait mélangé à d'autres substances, et il en résultait un sel auquel on a donné le nom de *sal pharyngeum*. Voici quelle est sa composition :

℞ Crème de tartre....... Sel de nitre...........	ãã 2 parties.	Alun..................... 1 partie.

Faites dissoudre dans le vinaigre.

Mais, dans ces derniers temps, c'est l'*alun en poudre* que l'on a surtout prescrit. M. Velpeau, qui a principalement insisté sur ce moyen, l'a appliqué non seulement à l'angine qui nous occupe, mais aux angines plus profondes et plus graves. On peut faire usage de la poudre d'alun, soit en *insufflations* (2), soit simplement en *frictions*, à l'aide du doigt. Pour pratiquer ces dernières, il suffit de mouiller l'indicateur, de le plonger dans la poudre d'alun, qui s'y attache, et de le porter rapidement sur toutes les parties de la gorge que l'on peut atteindre.

Dans les cas d'angine peu graves, comme sont ceux dont il est ici question, l'*alun*, suivant M. Velpeau (3), arrête les symptômes comme par enchantement, pourvu qu'il soit mis en usage à une époque rapprochée du début. M. A. Laënnec (de

(1) *De re medica*, lib. IV, chap. VI.
(2) Voy. *pour l'instrument et la manière d'insuffler*, le tome Ier, art. Croup.
(3) *Mém. présenté à l'Acad. royale des sciences*, le 16 mars 1835.

Nantes) a également employé ce remède, et, dit-il, avec succès. Malheureusement nous ne connaissons pas les détails des faits dans lesquels ce traitement a été mis en usage.

Les *vomitifs*, que nous retrouverons dans le traitement des autres espèces d'angine, ont été prescrits assez souvent dans la pharyngite dite catarrhale, et surtout dans certaines épidémies dans lesquelles on a pensé que la maladie avait le caractère des affections bilieuses. Mais en examinant les relations des auteurs, on voit qu'ils n'ont tenu absolument aucun compte de leurs divisions, et qu'ils ont appliqué le remède indifféremment à toutes les espèces de pharyngite aiguë qu'ils ont admises. Il en résulte une grande difficulté pour l'appréciation des effets des vomitifs dans le traitement des diverses angines; mais c'est une question sur laquelle je reviendrai à l'occasion de la *pharyngite tonsillaire.*

Suivant M. Roche (1), l'emploi des vomitifs n'aurait d'autres avantages, dans l'espèce dont il s'agit, que de produire une excitation particulière dans les parties gonflées, qui par leur gonflement seul déterminent les nausées, l'expuition fréquente, le goût désagréable et l'état limoneux de la langue.

Il est évident que tout ce qu'ont écrit les auteurs à ce sujet ne saurait absolument nous être d'aucune utilité; car il faudrait, pour pouvoir préciser l'efficacité des vomitifs en pareil cas, qu'on rassemblât un assez grand nombre de faits dans lesquels on tiendrait compte de la gravité de la maladie, de sa marche, de sa durée habituelle, et des effets immédiats des médicaments; or c'est ce qui n'a pas été fait.

Les *purgatifs* ne sont guère usités dans cette affection. On se contente de tenir le ventre libre à l'aide de lavements émollients ou légèrement laxatifs.

Les principaux moyens qui viennent d'être indiqués ne sont guère mis en usage que dans les cas où la maladie offre une certaine intensité, et lorsqu'il y a une réaction fébrile. Dans les autres, qui sont les plus communs, on se borne à prescrire les *boissons émollientes*, telles que l'infusion de mauve, de bouillon-blanc, une légère décoction de racine de guimauve; quelques gargarismes adoucissants ou acidulés; des cataplasmes émollients à un degré modéré de chaleur, appliqués autour du cou; quelques lavements rafraîchissants ou légèrement laxatifs, et enfin les pédiluves excitants, avec la farine de moutarde, le sel et l'*acide hydrochlorique*, joints à un régime assez sévère, à l'éloignement de toutes les causes qui peuvent rendre la maladie plus intense, telles que l'exposition au froid, et surtout au froid humide.

Résumé ; ordonnance. Dans tout ce qui précède, on a vu que la plupart des traitements employés n'ont pas été appliqués à des cas bien déterminés. Il en est résulté nécessairement une confusion que l'observation seule pourra faire disparaître. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que presque toujours des moyens fort simples suffisent pour dissiper cette pharyngite légère. Quant aux cas un peu sérieux, une seule ordonnance montrera quelle est la conduite que doit tenir le médecin.

(1) *Nouv. éléments de pathol. méd.-chir.* Paris, 1844, t. I, p. 437.

Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE GUTTURALE AVEC RÉACTION FÉBRILE.

1° Pour boisson, infusion de violette édulcorée avec le sirop de mûres.

2° Gargarismes émollients ou légèrement acidulés.

3° Frictions sur les parties enflammées avec la poudre d'alun.

4° Pédiluves sinapisés ou aiguisés avec l'acide hydrochlorique.

5° Entretenir la liberté du ventre à l'aide de lavements émollients auxquels on peut joindre 30 ou 40 grammes de miel mercurial.

6° Dans les cas les plus intenses, une saignée générale de 300 grammes, de préférence à une application de sangsues à la base de la mâchoire, que l'on réservera pour les enfants.

7° Régime assez sévère; éviter le froid et l'humidité.

DEUXIÈME ESPÈCE : *Pharyngite tonsillaire* (amygdalite).

Cette affection, une des plus fréquentes du cadre nosologique, a été beaucoup mieux étudiée que l'espèce précédente. C'est à elle qu'on doit rapporter la plupart des descriptions d'*angine franche aiguë* consignées dans les auteurs. Quoique les médecins modernes en aient tracé l'histoire sous le nom d'*amygdalite*, il ne faut pas croire néanmoins qu'elle reste, dans la plupart des cas, bornée aux amygdales. Presque toujours, en effet, les piliers du voile du palais participent à l'inflammation, et souvent le voile et le palais lui-même. Il en résulte qu'on ne doit pas attacher une importance trop grande aux divisions précédemment indiquées, et qu'il ne faut les regarder comme nécessaires que dans un nombre limité de cas.

Les auteurs ont admis plusieurs espèces de pharyngite tonsillaire, suivant les circonstances dans lesquelles se produit la maladie. C'est à elle qu'on peut rapporter les variétés décrites sous les noms d'*angine gastrique*, *bilieuse*, *sanguine*, *franche* et *légitime ;* ou bien d'*angine compliquante*, comme celle qui se produit dans le cours de certaines affections, la *scarlatine* et la *rougeole*, par exemple ; ou encore d'*angine suppuratoire* et *suffocante*, dénominations qui lui ont été imposées à cause de sa terminaison ou du gonflement énorme des parties ; ou même enfin un assez grand nombre de cas d'*angine catarrhale ;* car il ne faut pas croire que lors même que la maladie se produit sous l'influence d'une constitution atmosphérique particulière, elle reste toujours bornée à la muqueuse qui tapisse la pharynx. Aujourd'hui c'est, comme on vient de le voir, d'après le siége principal de la maladie qu'on a établi cette espèce.

§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

La pharyngite tonsillaire est une inflammation du pharynx, dont le caractère le plus remarquable est le gonflement quelquefois très considérable des amygdales.

Cette affection a été décrite sous les noms de *cynanche tonsillaris*, *angina cum tumore*, *angina tonsillarum*, *angina synochalis*, *sanguinea*, *vera et legitima*. Les Anglais lui donnent les noms de *quinsy* et *tonsillitis ;* les Allemands, celui de *Kehlsuch ;* sous le nom de *garrotillo*, les Espagnols ont désigné cette inflammation quand elle produit une suffocation effrayante. Nous avons vu que Pinel la décrivait sous celui d'*angine gutturale*, et que les médecins français modernes lui donnent celui d'*amygdalite*.

La grande *fréquence* de cette affection ressort de l'observation annuelle d'un très grand nombre de cas. Chaque année, soit au printemps, soit, dans une moins grande proportion, au commencement de l'automne, on la voit attaquer un nombre considérable de sujets, comme nous avons déjà vu le *coryza* et la *bronchite* se manifester à peu près aux mêmes époques.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Comme la plupart des inflammations des muqueuses qui attaquent un très grand nombre de sujets à certaines époques de l'année, la pharyngite tonsillaire demande évidemment, pour se produire, une *prédisposition* beaucoup moins grande que les autres inflammations. Cette prédisposition paraît être bien plutôt l'effet des circonstances atmosphériques qui agissent pendant un temps plus ou moins long sur toute une population, que le résultat des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les individus.

Tous les *âges* sont sujets à cette affection. Nous avons vu plus haut ce qui a été dit par Billard à l'occasion de la pharyngite des nouveau-nés. Jos. Frank cite des exemples d'angine chez les enfants et chez les vieillards, et il n'est pas de médecins qui n'aient eu occasion d'en observer. Cependant on peut dire que les adultes y sont plus particulièrement exposés. Chez les enfants, d'après MM. Rilliet et Barthez, la pharyngite occuperait presque toujours toutes les parties du pharynx, dans lesquelles nous avons établi le siége de ces diverses espèces. Il n'y aurait guère chez eux que l'*angina composita* de Borsieri.

Ce que je viens de dire relativement aux âges est confirmé par les observations prises par M. Louis à l'hôpital de la Charité. Cet observateur ayant recueilli 41 cas d'angine, a vu que trois sujets seulement avaient dépassé l'âge de quarante ans, et que, chez les autres, l'âge moyen était de vingt-cinq ans et demi.

Quant au *sexe*, c'était une opinion généralement répandue que la pharyngite tonsillaire attaque plus particulièrement les hommes, lorsque les observations de MM. Louis et Rufz sont venues prouver qu'il n'en est pas ainsi. Le premier de ces auteurs, sur trente sujets observés par lui dans une division où se trouvait un même nombre de lits pour les hommes et pour les femmes, n'a compté que dix hommes.

On pense généralement que le *tempérament sanguin* et une *constitution vigoureuse* prédisposent à la pharyngite tonsillaire, mais rien n'est moins prouvé. Sydenham a avancé une singulière proposition quand il a dit que les *hommes roux* y étaient plus sujets que les autres. Jos. Frank a expliqué cette singularité en disant que la couleur rousse du système pileux est plus fréquente chez les Anglais qu'ailleurs.

Telles sont les principales causes prédisposantes relatives aux sujets; mais il faut y ajouter une *prédisposition particulière* et inexplicable, qui se révèle à nous par des faits évidents. On voit, en effet, un certain nombre d'individus qui ont une tendance marquée à contracter la pharyngite tonsillaire. Ils en sont affectés une, deux et trois fois par an. Assez souvent cette tendance se conserve pendant un assez grand nombre d'années, mais elle finit généralement par disparaître à un âge un peu avancé. Elle commence ordinairement à l'époque de la puberté, mais il n'est pas

rare de l'observer chez les enfants de cinq à dix ans. Ces *récidives* ont été constatées par tous les auteurs, et M. Louis, en particulier, a noté que presque tous les sujets observés par lui avaient déjà eu une ou plusieurs atteintes du mal.

Ce que j'ai dit plus haut prouve que l'*influence des saisons* est fort grande. C'est, je le répète, au commencement du printemps, lorsque la saison est pluvieuse et qu'il y a de brusques variations de température, qu'on observe le plus grand nombre des cas de cette maladie, qui se montre d'ailleurs avec une intensité très variable. C'est alors, par conséquent, qu'elle prend le caractère *épidémique*, comme on le voit dans les diverses relations qui nous ont été données par les auteurs (1).

Quant à l'influence des *poussières irritantes* dont se trouve chargée l'atmosphère, c'est une cause dont la puissance est beaucoup moins bien démontrée. A ce sujet aucune recherche exacte n'a été entreprise. C'est là en effet une question de proportion, et par conséquent il faudrait démontrer qu'à des époques déterminées les individus qui vivent dans ces atmosphères sont atteints en plus grand nombre que les autres ; or c'est ce que personne n'a songé à faire.

2° Causes occasionnelles.

Les principales causes occasionnelles se retrouvent dans l'*impression du froid* et de l'*humidité*, soit que l'action de cette cause ait été rapide et ait déterminé un arrêt de la transpiration, soit qu'elle ait agi lentement, comme quand on est resté longtemps exposé à un *courant d'air*, ou qu'on a séjourné dans un *lieu froid et humide*. On a dit que l'exposition au froid, le *cou étant découvert*, ou encore un *refroidissement considérable des pieds*, étaient une des causes efficientes les plus puissantes ; mais toutes ces questions ont été traitées très superficiellement. Enfin l'*ingestion de liquides glacés* a été mise également en première ligne.

Viennent ensuite des causes nombreuses, admises plutôt sur la foi des auteurs que démontrées par l'observation : ainsi la *suppression des règles* (Aétius) et des *hémorrhoïdes* ; l'*omission d'une saignée habituelle* (F. Hoffmann) ; l'*équitation* ou une *course contre le vent* ; les *grands efforts de la voix* ; les diverses *excitations* portées sur l'arrière-gorge, l'action des *gaz irritants*, par exemple ; mais il faut répéter ici ce que j'ai dit plus haut, c'est que ces excitations se font plus violemment sentir encore sur le larynx et la trachée. Il faudrait des études beaucoup plus profondes pour savoir quelle est l'action réelle de ces diverses causes.

Suivant Lanzoni (2), la pharyngite tonsillaire se serait produite, dans un cas, par suite de la *suppression du mucus nasal*. Je ne cite ce fait que pour montrer combien l'observation superficielle peut induire en erreur ; car il est évident que, dans ce cas, il y a eu tout simplement extension de l'inflammation des fosses nasales au pharynx.

Cette observation me conduit naturellement à signaler la facilité avec laquelle l'inflammation des fosses nasales se propage au pharynx, et produit ainsi la pharyngite ; mais presque toujours alors l'affection du pharynx est légère ; l'inflammation ne fait pour ainsi dire que traverser cette cavité, pour se porter dans les parties plus profondes des voies respiratoires.

(1) Ozanam, *Hist. méd. des épidémies*. Lyon, 1835, 4 vol. in-8.

(2) *Misc. nat. cur.*, cent. I, obs. LXI, p. 134.

Rien ne prouve, dans les observations qui ont été recueillies, qu'une amygdale soit plus sujette que l'autre à l'inflammation. Il résulte des recherches faites à ce sujet, que, contrairement à l'opinion de Bosquillon, presque toujours la pharyngite attaque les deux tonsilles. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de la marche de la maladie.

§ III. — Symptômes.

Début. La pharyngite tonsillaire débute plus souvent que les espèces précédentes par un mouvement fébrile. C'est un fait qui a été signalé par les principaux observateurs, et qu'on a vainement cherché à démentir, à l'époque où régnait l'école de Broussais. Ce début est tellement remarquable, que Stoll a défini l'angine inflammatoire : Une *fièvre générale, avec inflammation locale des tonsilles.* Lorsque la maladie débute de cette manière, les malades éprouvent un ou plusieurs frissons, ordinairement légers, alternant avec la chaleur, qui finit bientôt par prédominer. Il y a en même temps de l'inappétence et quelquefois des nausées plus ou moins répétées. Bientôt la céphalalgie se déclare ; la tête est pesante ; la face est colorée ; les malades éprouvent des douleurs vagues dans les membres, et les symptômes de la pharyngite tonsillaire apparaissent.

Mais dans un nombre beaucoup plus considérable de cas, suivant les recherches de M. Louis, le mal débute par les symptômes locaux, et alors la gêne de la déglutition, le sentiment d'un corps étranger dans le pharynx, sont les premiers signes de la maladie. Il en résulte que la proposition de Stoll, bien qu'exacte pour un certain nombre de cas, ne doit pas être regardée comme l'expression générale des faits.

Symptômes. Lorsque la maladie est déclarée, on observe du côté du pharynx les symptômes suivants :

La *douleur* est plus ou moins considérable ; elle le devient toujours à un très haut degré dans l'acte de la *déglutition*, qui est fréquemment provoqué par la *sensation d'un corps étranger* que détermine le gonflement des amygdales, et par la sécheresse des parois de la bouche, suivie, au bout d'un temps variable, d'une sécrétion muqueuse, surabondante dans les parties enflammées. Cette douleur peut être également exaspérée par une pression exercée sous la base de la mâchoire, au-devant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, c'est-à-dire au point où correspond la face externe de l'amygdale ; quelquefois même il suffit d'une légère pression pour déterminer une douleur vive. Les liquides trop chauds provoquent également la douleur, et il en est quelquefois de même du passage de l'air froid sur les parties enflammées.

Nous venons de voir que la déglutition détermine une douleur ordinairement considérable. Il en résulte une *gêne* notable dans cet acte, surtout lorsque le malade veut boire ; et cependant un mouvement presque involontaire le porte à avaler fréquemment la salive et les mucosités qui abondent dans le pharynx. Une autre cause de la difficulté de la déglutition est le gonflement même des amygdales. Lorsqu'il est très considérable, et que ces glandes arrivent presque au contact par leur face interne, les malades éprouvent une difficulté si grande à avaler, que les liquides peuvent être *rejetés par les fosses nasales.* C'est alors qu'ils font, dans l'acte de la

déglutition, des mouvements particuliers, des contorsions plus ou moins pénibles, qui peuvent aller jusqu'aux convulsions, suivant quelques auteurs.

J'ai dit plus haut que dans les premiers moments il y avait une *sécheresse* marquée de la gorge. C'est là un effet commun à toutes les inflammations commençantes des parois muqueuses; mais, au bout d'un temps variable, la *sécrétion du mucus est augmentée*, et alors les malades redoublent leurs efforts de déglutition, ou bien cherchent à détacher continuellement les mucosités de l'arrière-gorge, qu'ils rejettent sous forme d'un *liquide filant*, opalin, blanchâtre, non aéré et contenant quelquefois de petites *concrétions blanches*, dont nous trouverons la source dans la sécrétion morbide des follicules des amygdales.

Dans un grand nombre de cas, la *voix* est notablement altérée. Elle est sourde, nasonnée, enrouée, quelquefois presque éteinte; ces phénomènes sont en rapport direct avec le gonflement plus ou moins considérable des tonsilles.

Lorsque ce *gonflement* est énorme, il peut, par lui-même, apporter un obstacle à la *respiration;* mais, dans le plus grand nombre des cas, cette fonction est médiocrement gênée, et ne l'est que par suite de l'extension de l'inflammation à la partie supérieure du larynx.

Un autre phénomène qui se montre assez fréquemment est la *surdité*, soit d'un seul côté, soit des deux. On explique son existence par la propagation de l'inflammation à la trompe d'Eustache, et aux parties qui environnent la branche de la mâchoire inférieure.

L'*examen du pharynx* est un des points les plus importants de l'étude de la pharyngite tonsillaire. On voit, en effet, d'abord les piliers du voile du palais, qui participent plus ou moins à l'inflammation, repoussés en avant et en arrière, et suivant qu'on examine le sujet à une époque plus ou moins avancée de la maladie (dans le plus grand nombre des cas du moins), l'une des deux amygdales, ou les deux à la fois, se présentant sous la forme d'une *tumeur* saillante, arrondie, débordant les piliers, et parfois se rapprochant au point de se toucher ou de ne laisser entre elles qu'un intervalle de 1 centimètre.

Ces tumeurs, qui ont perdu la forme d'une amande propre aux amygdales, ne présentent pas ordinairement une surface parfaitement unie. On y aperçoit des *lacunes* plus ou moins agrandies, dans lesquelles il est ordinaire de voir se former des *concrétions blanches*, d'aspect caséeux ou *crayeux*, que l'on peut facilement détacher. Ces concrétions ont été prises par plusieurs auteurs, et notamment par Jos. Frank (*loc. cit.*), pour des pustules qui se seraient développées dans la muqueuse pharyngienne; mais aujourd'hui tout le monde sait qu'elles résultent uniquement de l'inflammation des lacunes folliculeuses et de la sécrétion altérée et surabondante de la matière qu'elles produisent.

Si l'inflammation est portée à un degré assez élevé, la muqueuse qui tapisse le pharynx est, hors des limites des amygdales et dans une plus ou moins grande étendue, atteinte par l'inflammation. On le reconnaît à la *rougeur vive* qui occupe les parties environnantes, aux lésions décrites dans l'espèce précédente, à la sécrétion surabondante de mucosités de la paroi postérieure du pharynx, mucosités qui s'étendent en nappe sur cette paroi, et à la douleur éprouvée par le malade dans ces diverses parties : ce sont là des exemples de l'*angine composée* de Borsieri, dont il a été déjà plusieurs fois question.

Je ne fais point mention ici des autres concrétions membraneuses que l'on a signalées comme se produisant à la surface de la muqueuse, parce que, quelque légères qu'elles soient, elles n'en appartiennent pas moins à une autre forme dont j'aurai longuement à m'occuper dans la suite de cet article, c'est-à-dire à la pharyngite pseudo-membraneuse ; mais il faut signaler une disposition particulière des matières excrétées, qu'il est important de connaître, parce qu'elle pourrait induire en erreur sur la nature de la maladie. C'est une *couche muco-purulente* qui a été indiquée avec soin par MM. Rilliet et Barthez, et qui a de l'importance, surtout chez les enfants, puisque c'est chez eux, comme on le verra plus tard, que se développent plus particulièrement l'angine pultacée et l'angine pseudo-membraneuse. Il est facile d'enlever cette couche puriforme, et alors on voit les parties sous-jacentes avec les caractères précédemment indiqués.

Tel est l'aspect des organes atteints par l'inflammation ; il y a toutefois quelques exceptions remarquables : c'est ainsi, par exemple, que les auteurs que je viens de citer (1) mentionnent un cas dans lequel toutes les parties de la gorge accessibles à la vue, quoique considérablement tuméfiées, avaient une pâleur remarquable.

De la disposition des parties, telles qu'elles viennent d'être décrites, il résulte que la luette se trouve quelquefois comme resserrée entre les amygdales tuméfiées, et qu'on l'a vue même cachée par elles. Alors il y a une obstruction complète de l'isthme du gosier, et la vue ne peut pénétrer au delà de la surface des amygdales.

L'exploration faite à l'extérieur, au-dessous de l'angle de la mâchoire, peut encore être utile. Ainsi, en l'absence de tout gonflement des ganglions maxillaires, on peut, par la palpation, sentir une *dureté profonde*, indice du gonflement des amygdales. Lorsque le gonflement est très notable et appréciable à la vue, il y a *propagation de l'inflammation aux ganglions lymphatiques* et au tissu cellulaire environnant. Le gonflement externe peut, en pareil cas, être assez considérable pour déterminer la déformation du cou. C'est probablement dans des cas semblables que les anciens avaient admis l'existence de la *parasynanche.* Alors on éprouve une grande difficulté à faire ouvrir la bouche et à explorer le pharynx. La déglutition est également plus embarrassée.

Abcès des amygdales. Tels sont les signes que l'on observe dans les cas les plus ordinaires ; mais lorsque la maladie se termine par *suppuration*, qu'il existe une angine suppuratoire, nom que Boerhaave a appliqué à plusieurs maladies différentes, on trouve un gonflement très considérable beaucoup plus marqué d'un côté, car il est très rare que la suppuration envahisse les deux amygdales. La voix est bien plus désagréable ; elle a un nasonnement tout particulier ; les douleurs sont plus vives. C'est dans des cas semblables qu'on a vu principalement apparaître des menaces de *suffocation* fort alarmantes, effet produit par l'énorme gonflement des amygdales, lesquelles compriment l'épiglotte. Assez souvent les malades sentent une espèce de battement dans la tumeur, et les ganglions sous-maxillaires sont presque constamment engorgés. On peut voir quelquefois, à la surface de l'amygdale, un point plus saillant qui annonce que la perforation de l'abcès va se faire, et au niveau duquel la rupture de l'abcès a lieu. Il y a alors une expuition plus abondante, souvent très fétide et d'un goût très désagréable, puis un soulagement des plus

(1) *Traité clin. et prat. des malad. des enfants*, t. I, p. 273.

marqués se manifeste, et la suffocation se dissipe immédiatement. Ce sont les cas de cette espèce qu'on a désignés sous le nom d'*abcès des amygdales*.

Je ne parle point ici des divers symptômes qui annoncent la gangrène, parce qu'il en sera question dans un article spécial consacré à la pharyngite gangréneuse.

Pendant que ces symptômes locaux se développent ainsi, les *symptômes généraux* persistent ou font des progrès dans les cas graves. La face est colorée, la céphalalgie continue, mais à un moindre degré qu'au début; il y a souvent de l'insomnie, de l'agitation la nuit, agitation que la difficulté de la respiration vient encore augmenter. Lorsque le gonflement est très considérable, les malades se plaignent d'un goût désagréable, la bouche est pâteuse, l'haleine plus ou moins fétide; il y a de la soif, de l'inappétence; le plus ordinairement on n'observe aucun symptôme notable du côté du ventre, si ce n'est parfois une constipation plus ou moins difficile à vaincre. L'urine est rare, rouge, épaisse.

Il faut le répéter encore, parce que généralement on a donné trop d'importance aux symptômes généraux, dans un bon nombre de cas ils manquent ou sont très légers. C'est surtout lorsque la pharyngite détermine la suppuration des amygdales, qu'ils sont portés au plus haut degré.

Formes de la pharyngite tonsillaire. Nous avons vu plus haut que plusieurs auteurs avaient admis des formes particulières de pharyngite tonsillaire. Nous trouvons d'abord parmi ces formes l'*angine gastrique*, caractérisée, suivant ces auteurs, par un dégoût marqué pour les aliments, le goût désagréable de la bouche, l'enduit limoneux de la langue, les nausées et les vomissements, des *aphthes* dans l'intérieur de la bouche; par la rougeur universelle du pharynx et une douleur plus grande que dans les autres angines. Il est facile de voir que cette description, telle que l'ont tracée Tissot, Lentin et plusieurs autres, n'a d'autre base que la plus grande intensité de quelques uns des symptômes propres à la pharyngite tonsillaire. Or, si l'on voulait établir ainsi des formes diverses sur de simples nuances, il faudrait agir de la même manière pour toutes les maladies, et multiplier à l'infini les espèces.

L'*angine bilieuse* de Stoll se rapproche beaucoup de celle que je viens de décrire; la couleur jaune des lèvres, les vomituritions en sont les principaux caractères. Mais les réflexions précédentes s'appliquent à cette forme, sur laquelle je reviendrai quand il s'agira du traitement.

Quant à l'*angine arthritique* admise par Sauvages (1), par Musgrave (2), et Peterson (3), voici, d'après Joseph Frank, qui a analysé ces auteurs, quels sont ses caractères : Elle survient aux époques où les attaques de goutte ou bien de rhumatisme articulaire ont l'habitude de se montrer. Elle se termine souvent par une vaste suppuration. Après avoir parcouru ses périodes dans une amygdale, elle attaque l'autre. Elle remplace les attaques de goutte au point d'en débarrasser pendant un temps plus ou moins long les sujets; et, suivant Schenck, il se forme dans quelques cas, à l'intérieur des tonsilles, des calculs semblables aux concrétions tophacées des articulations.

(1) *Nosologia, meth.* Paris, 1771, ordre III, classe III.
(2) *De arthritide anomali.* Amstel., 1710.
(3) *Dissertatio de angina arthritica.* Upsal, 1793.

On voit qu'il serait très important que de nouvelles recherches fussent entreprises sur ce sujet ; car rien ne prouve que les auteurs n'aient point été induits en erreur par de simples coïncidences ; et, quant aux prétendus calculs trouvés par Schenck, tout le monde sait que des concrétions semblables se sont montrées dans des cas d'angine fort ordinaire.

Enfin on a signalé une *angine intermittente* périodique. Barbette (1), Dumas (2), Caron (3), et Puccinotti (4), auteurs cités par Jos. Frank, ont rapporté des cas dans lesquels l'angine a présenté dans sa marche des intermittences plus ou moins marquées ; mais il faut observer que ces intermittences n'ont pas été complètes ; que cette angine s'est principalement montrée dans le cours d'une fièvre appelée par ces auteurs *fièvre rémittente*, et qui pourrait être attribuée uniquement à l'angine ; enfin que, dans les cas cités par Barbette, la prétendue intermittence paraît uniquement avoir été l'effet immédiat de divers moyens de traitement assez énergiques. L'existence de l'angine intermittente n'est donc pas parfaitement démontrée ; toutefois on ne doit pas la regarder comme impossible, et il faut appliquer à cette affection le précepte général que j'ai déjà eu occasion de mentionner, c'est-à-dire que l'intermittence possible de la maladie doit toujours être présente à l'esprit du médecin.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la pharyngite tonsillaire est ordinairement continue et rapide. Après avoir pris de l'accroissement pendant quelques jours, les symptômes vont ensuite en diminuant peu à peu. Je ne reviendrai pas sur ce que je viens de dire de la pharyngite tonsillaire intermittente admise par quelques médecins.

La *durée* de cette affection varie nécessairement suivant son intensité. L'angine légère ou médiocrement intense disparaît en un septenaire au plus. Lorsque, avec des symptômes fébriles prononcés, il y a un gonflement très considérable de l'arrière-gorge, la maladie peut se prolonger un peu, mais elle ne dépasse pas le second septenaire. Il en est de même dans les cas où la suppuration de l'amygdale est produite. La maladie présente alors des symptômes plus violents, mais la durée n'est point augmentée, par la raison qu'aussitôt que l'abcès se rompt, la guérison se reproduit avec une très grande rapidité.

La *terminaison* a lieu par la résolution dans l'immense majorité des cas. J'ai déjà indiqué la terminaison par suppuration ; quant à la terminaison par gangrène, elle est fort rare dans la pharyngite vraiment inflammatoire ; mais, comme je l'ai déjà dit, c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion de la pharyngite gangréneuse.

§ V. — Lésions anatomiques.

La description précédente me laisse très peu de chose à dire sur les lésions anatomiques. Il est au moins fort rare qu'on ait à faire l'autopsie d'un sujet mort d'une pharyngite tonsillaire simple. Dans les cas où les individus ont succombé à une autre affection, on peut trouver les amygdales gonflées, couvertes de mucus ou d'un liquide puriforme ; leur tissu est infiltré, la membrane qui les recouvre

(1) *Opera omnia*. Genevæ, 1688.
(2) *Journ. de méd. de Sédillot*, t. XIX, p. 122.
(3) *Ibid.*, t. XXIII.
(4) *Storia delle febr. interm.* Roma, 18[illegible].

est épaisse, ramollie, et leurs lacunes, très développées, sont pleines de concrétions caséeuses.

Lorsque la suppuration a envahi les amygdales, on trouve des abcès anfractueux contenant souvent un liquide sanieux et fétide, et aux environs une inflammation plus ou moins étendue, qui, en se propageant jusqu'au larynx, peut déterminer l'œdème de la glotte. Celui-ci se présente avec ses caractères anatomiques ordinaires.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la pharyngite tonsillaire est presque toujours très facile. Les symptômes locaux et l'inspection de l'arrière-gorge ne peuvent, en effet, laisser aucun doute dans l'esprit du médecin. Toutefois il est quelques cas qui méritent d'être examinés particulièrement. Lorsque, par exemple, le malade ne peut pas ouvrir la bouche, par suite et du gonflement de l'arrière-gorge, et de celui des ganglions sous-maxillaires, il peut y avoir une suffocation inquiétante qui fait craindre l'envahissement du larynx par une maladie particulière : le croup. J'ai donné ce diagnostic différentiel dans le premier volume de cet ouvrage (voy. t. 1er, art. *Croup*); il me suffira donc de le reproduire dans le tableau synoptique.

Il est une autre question de diagnostic assez importante : A quoi reconnaît-on que la pharyngite est simple? comment la distingue-t-on des autres formes : pharyngite pultacée, pseudo-membraneuse et gangréneuse ? Dans le plus grand nombre des cas, ce diagnostic différentiel est d'une facilité telle, qu'il n'a pas besoin d'être discuté; mais nous avons vu que parfois il se formait à la surface de l'amygdale des points blancs qui pourraient faire croire à l'apparition d'une véritable pseudo-membrane. Voici comment on évitera l'erreur : ces points sont d'un blanc mat, ils sont très circonscrits, ils font une saillie marquée à la surface de l'amygdale; ils ne s'étendent pas, d'un jour à l'autre, au delà de leur limite; si on les détache, ce qui n'offre pas une très grande difficulté, on voit au-dessous la lacune folliculeuse où ils ont pris naissance. Dans les cas, au contraire, où il se forme de petits îlots de pseudo-membranes commençantes, on aperçoit des points très peu saillants, grisâtres, demi-transparents, dont les bords semblent se continuer avec la membrane muqueuse, et qui s'étendent avec rapidité. Si l'on veut les détacher, on éprouve une grande difficulté, et, si l'on y parvient, le muqueuse sous-jacente est saignante et n'offre point de lacunes folliculeuses.

Dans quelques cas, il se forme, ainsi que je l'ai dit plus haut, à la surface de l'amygdale enflammée, une couche muco-purulente, qui peut également en imposer pour une pseudo-membrane; alors, comme l'ont fait remarquer MM. Rilliet et Barthez, il suffit de détacher, à l'aide d'un pinceau, la couche de liquide épais, pour voir qu'on a affaire à une simple angine inflammatoire. Je ne parle point de la fétidité de l'haleine et d'autres symptômes concomitants, parce qu'ils n'offrent pas de très grandes lumières pour le diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite tonsillaire intense et du croup.*

PHARYNGITE TONSILLAIRE.	CROUP.
Suffocation *continue*.	*Accès* de suffocation.
Voix *nasonnée*, désagréable.	Voix sourde, *éteinte*.
Peu ou point de *toux*.	*Toux* rauque, sèche.
Amygdales énormément tuméfiées, interceptant le passage de l'air.	*Amygdales* souvent gonflées, couvertes d'une pseudo-membrane, mais laissant encore à l'air un libre passage.

2° *Signes distinctifs des concrétions folliculeuses et de la pseudo-membrane commençante.*

CONCRÉTIONS FOLLICULEUSES.	PSEUDO-MEMBRANE COMMENÇANTE.
Couleur d'un *blanc mat;* très circonscrites.	*Points* gris *demi-transparents*, comme diffus.
Leurs bords *ne paraissant pas se confondre* avec la membrane muqueuse.	Bords *semblant se confondre* avec la muqueuse environnante.
Elles font une *saillie marquée* à la surface de l'amygdale.	*Sans saillie* prononcée.
Elles *ne s'étendent pas* d'un jour à l'autre.	D'un moment à l'autre *font des progrès* ordinairement rapides.
On les détache *sans beaucoup de difficulté.*	Se détachant *difficilement.*
Au-dessous d'elles, *lacunes folliculeuses.*	Au-dessous, *pas de lacunes folliculeuses.*

Il suffit d'avoir présenté en tableau ces deux diagnostics différentiels, les seuls qui aient une importance réelle pour le praticien.

Pronostic. Le pronostic de la pharyngite tonsillaire est, dans le plus grand nombre des cas, favorable. On voit, en effet, la maladie se terminer naturellement par résolution. Lorsque la suppuration a lieu, le cas est plus grave, car, ainsi que je l'ai dit plus haut, il peut en résulter une laryngite œdémateuse (œdème de la glotte). Les cas de ce genre sont heureusement rares, et, d'un autre côté, on peut dire que, parmi eux, la plupart se terminent favorablement par la rupture de l'abcès dans l'intérieur du pharynx. Enfin la terminaison par gangrène est fort grave; mais c'est encore un point que je dois me réserver de traiter dans un des articles suivants.

Si l'on admettait l'existence d'une *pharyngite arthritique*, on reconnaîtrait, avec les auteurs qui en ont traité, que cette forme a, toutes choses égales d'ailleurs, une gravité un peu plus grande que les autres.

§ VII. — Traitement.

Les recherches faites sur le traitement de la pharyngite tonsillaire manquent, sur la plupart des points, de cette rigueur qui peut seule faire faire des progrès à la thérapeutique. Le nombre des moyens proposés est considérable, mais leur valeur n'est pas exactement déterminée; aussi serai-je réduit, dans ce paragraphe, à rapporter le plus souvent les opinions des auteurs, sans pouvoir les confirmer par des faits.

Relativement aux *émissions sanguines*, nous trouvons cependant des renseignements positifs, et c'est M. Louis (1) qui nous les fournit. Des faits qu'il a observés,

(1) *Rech. sur les effets de la saignée*, etc. Paris, 1835, in-8.

il résulte que la *saignée générale* a une influence heureuse sur la durée de la maladie, mais que cette influence est beaucoup plus limitée qu'on ne l'avait supposé ; car, chez les sujets saignés, l'affection ne s'est terminée qu'au bout de neuf jours, et elle s'est prolongée seulement jusqu'à dix jours et un quart chez les autres. Chez tous ces individus, la pharyngite avait un certain degré d'intensité. Nous devons en conclure que la saignée générale doit être pratiquée dans la maladie qui nous occupe, mais qu'on ne doit pas espérer, par des *saignées modérées*, de faire disparaître brusquement les pharyngites un peu intenses, ou de les *juguler*, comme on l'a dit dans ces derniers temps.

En serait-il autrement, si l'on employait la *formule* des émissions sanguines proposée par M. Bouillaud (1) ? Cet auteur a cherché à établir le fait par quelques considérations qui auraient besoin d'être appuyées sur un plus grand nombre d'observations qu'il ne peut en fournir, comme il le reconnaît lui-même. Il faut donc attendre, avant de se prononcer, que ces observations aient été présentées et analysées, ce que M. Bouillaud se propose de faire. En attendant, disons que la différence qui existe entre les résultats obtenus par M. Louis et M. Bouillaud, à l'aide de saignées très différentes quant à leur abondance, est numériquement peu considérable. Les malades de M. Bouillaud ont en effet été guéris en huit jours, terme moyen.

Il est inutile d'ajouter que presque tous les auteurs se sont montrés partisans de la saignée générale, quoiqu'ils n'aient point cherché à en apprécier la valeur de la même manière. Cependant il est quelques cas où les opinions ont été partagées ; c'est principalement dans la *forme dite bilieuse*, sur laquelle Stoll a tant insisté. D'après cet observateur (2), la saignée, dans l'épidémie de 1779, avait très peu d'effet, tandis qu'immédiatement après l'administration d'un vomitif, les symptômes éprouvaient un amendement des plus notables, ce que l'on reconnaissait au rétablissement de la déglutition, jusqu'alors abolie. Il est impossible de discuter de pareilles propositions, à l'appui desquelles on n'a pas cité les faits. Ce serait devancer l'observation. Disons seulement que les médecins modernes, tout en recommandant les vomitifs dont il sera question plus loin, n'ont point attaché une aussi grande importance à la forme de la maladie.

Dans quel lieu la saignée générale doit-elle être pratiquée ? Les anciens ont beaucoup discuté sur ce point de thérapeutique, qui avait été abandonné dans ces derniers temps, tout le monde reconnaissant que l'essentiel est d'enlever une certaine quantité de sang, et adoptant par conséquent la saignée du bras comme la plus simple et la plus facile. M. Chauffard (3) a de nouveau soulevé cette question et a cherché à prouver par quelques observations, que la *saignée dérivative*, c'est-à-dire la *saignée du pied*, a une influence bien plus grande que les autres émissions sanguines ; mais ces observations en très petit nombre sont loin d'être concluantes, car M. Chauffard n'a tenu compte ni de l'époque à laquelle la saignée a été pratiquée, ni de la marche naturelle de la maladie, ni en un mot d'aucune des circonstances les plus importantes.

Rien n'est plus fréquent que de prescrire une application de *sangsues*, souvent

(1) *Clin. méd. de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1837, t. II.
(2) *Ratio medendi*, pars IV, p. 61.
(3) *Œuvres de méd. prat.* Paris, 1848, t. I, p. 363.

en nombre considérable, vers la base des mâchoires; mais d'après les recherches de M. Louis, ces émissions sanguines locales ont un effet beaucoup moins notable que la saignée générale; ou plutôt, dans les faits observés par lui, elles n'ont point eu de résultat appréciable, car l'affection a eu, après leur application, sa durée ordinaire. Broussais (1) est d'un avis opposé; mais il faudrait, pour que son opinion eût une valeur réelle, qu'elle fût appuyée, non sur des vues purement théoriques, mais bien sur des faits positifs, et c'est ce qui n'est pas. On ne saurait donc admettre, avec cet auteur, que, par le moyen des sangsues appliquées sous la mâchoire, on puisse enlever la maladie du premier coup, lorsqu'on s'y prend au début. Cette proposition est tout aussi hasardée que celle de M. Chauffard, qui attribue sans preuve, à ce moyen, de très mauvais effets.

Broussais avait une telle confiance dans les saignées locales, qu'à l'exemple de quelques autres auteurs, il prescrivait l'application des *sangsues dans l'intérieur du pharynx*, et sur la tonsille enflammée elle-même. Pour mettre ce moyen en usage, il faut traverser la sangsue d'un fil placé dans un point éloigné de l'extrémité buccale, et en maintenir les deux chefs au dehors. Par là on s'oppose à ce que la sangsue soit avalée avant ou après sa chute. Comme les auteurs du *Compendium* l'ont fort bien remarqué, ce moyen, d'une application difficile et très désagréable, n'est point d'une efficacité assez bien déterminée pour qu'on puisse penser à y avoir recours. Rien ne prouve, en effet, que, comme le prétendait Broussais, une seule sangsue, appliquée de cette manière, produise plus d'effet que dix à l'extérieur.

Enfin on a appliqué des *sangsues dans un point plus ou moins éloigné* : à l'anus, aux parties génitales, autour des malléoles; mais, à moins qu'il n'y ait un flux supprimé qu'on veuille rappeler, cette pratique n'est point ordinairement mise en usage.

On a, dans quelques cas, pratiqué la saignée locale à l'aide de *ventouses scarifiées*. Forestus (2) les faisait appliquer entre les épaules. On peut aussi les placer, comme les sangsues, sur les parties latérales du cou. Ce moyen étant rarement employé, nous n'avons que des renseignements très peu précis sur son degré d'efficacité.

Quoique pratiquée à l'aide de la lancette, la *saignée des veines ranines*, à laquelle les anciens avaient recours, et qui est conseillée par Forestus, Sydenham, Lanzoni, etc., peut être regardée comme une saignée locale. Le danger de cette saignée, et l'absence de toute preuve en faveur de son utilité plus grande que celle de la saignée du bras, y ont fait généralement renoncer.

Un moyen qui se rapproche jusqu'à un certain point des précédents, par l'écoulement de sang qu'il produit, est la *scarification* ou la *lacération* de la partie malade. On peut, soit à l'aide d'un bistouri droit dont la lame est enveloppée de linge jusqu'à une petite distance de sa pointe, soit à l'aide des pinces de Museux, faire des mouchetures un peu profondes, ou déchirer le tissu de l'amygdale enflammée. On espère par ce moyen opérer un dégorgement qui, suivi d'une détuméfaction immédiate, procure un soulagement rapide. On sent combien il serait nécessaire d'avoir un certain nombre de faits concluants en faveur de cette pra-

(1) *Cours de pathologie*. Paris, 1835, 5 vol. in-8.
(2) *Opera omnia*, lib. XV, obs. 17.

tique, dont on peut craindre de funestes conséquences; mais malheureusement ce n'est que sur des idées théoriques qu'est fondée l'opinion des auteurs qui ont recommandé les scarifications. Un médecin prudent devra donc s'en abstenir, de crainte de développer une irritation qui, au lieu d'être salutaire, ne fasse qu'augmenter le mal.

Adoucissants; émollients. Dans une maladie de la gorge regardée comme une inflammation franche, il est tout naturel qu'on ait d'abord songé à employer les émollients. Aussi les *gargarismes* avec la décoction de mauve, de guimauve, de graine de lin, de dattes, de jujubes; les *cataplasmes* émollients autour du cou, les *fomentations* émollientes et les *boissons adoucissantes*, ont-ils été de tout temps prescrits; il serait inutile d'entrer dans des détails sur ces divers moyens.

Il n'en est pas de même des *fumigations*, qui étaient déjà recommandées par Hippocrate. Ces fumigations peuvent être faites avec les décoctions précédemment indiquées. Suivant Cullen (1), les *fumigations avec la vapeur d'eau simple* sont préférables à toutes les autres. Mais sur quoi est fondée une semblable assertion?

Acidules. Les boissons et les *gargarismes* acidules ont ensuite été prescrits, dans le but sans doute de modérer, par leur action astringente, un gonflement trop considérable: c'est pour cela que l'on prescrit si souvent le *sirop de mûres*, regardé dans le vulgaire comme un moyen presque spécifique. Voici la formule qu'employait Forestus:

℞ Eau de plantain.......	)	Jus ou sirop de mûres...... 90 gram.
de prèle..........	) àà 120 gram.	

Pour se gargariser sept ou huit fois par jour.

Dans le cas où l'action de se gargariser serait difficile, cet auteur recommande de faire avaler par petites gorgées un sirop de jujubes, de violettes et de mûres.

On peut encore prescrire le gargarisme proposé par Hecker:

℞ Infusion de fleurs de sureau.	300 gram.	Oxymel simple............ 50 gram.
Oxymel scillitique........	50 gram.	

Mêlez. Pour se gargariser quatre ou cinq fois par jour.

Acides. Pour rendre l'action de ces gargarismes plus énergique, d'autres ont employé le *vinaigre*, le *suc de citron*, ou des acides plus forts encore, comme l'*acide hydrochlorique* et l'*acide sulfurique*. Ainsi on a prescrit:

℞ Eau commune...........	130 gram.	Acide sulfurique......... 20 gouttes.
Sirop simple.............	20 gram.	

Ou encore:

℞ Eau distillée de laitue.....	230 gram.	Miel rosat............... 40 gram.
Acide hydrochlorique pur. .	1 gram.	

Quelquefois même on a été jusqu'à porter sur le pharynx des préparations acides beaucoup plus actives. Sydenham (2) paraît être le premier qui ait recommandé de toucher les parties enflammées avec un mélange *très acide* de miel rosat et d'acide sulfurique. Depuis, cette pratique a été assez souvent imitée. Toutefois on se borne ordinairement à laver fréquemment ces parties avec un collutoire acidulé tel que le suivant:

(1) *Méd. prat.*, trad. par Bosquillon. Paris, 1789, 2 vol. in-8.
(2) *Opera omnia*, t. I, cap. VII.

℞ Miel.................................. 60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau.................................. 200 gram.

Ajoutez :

Suc de citron.............................. 25 gram.

Et agitez chaque fois.

L'emploi des acides a-t-il toute l'efficacité qu'on lui suppose? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de décider positivement. On peut croire que si l'inflammation est peu intense et peu profonde, si le gonflement des parties paraît dû à un afflux très considérable de liquides, cette médication a de l'avantage; mais il serait probablement inutile et même nuisible d'y avoir recours, si l'inflammation était caractérisée par des douleurs vives et profondes, et une rougeur intense annonçant une inflammation très aiguë.

Cathérétiques et astringents. Il est donc rare que, dans la pharyngite tonsillaire franche, on ait recours à l'action des acides employés comme caustiques énergiques; mais certains médicaments *cathérétiques* et fortement *astringents* ont été préconisés, surtout dans les dernières années. Passons-les en revue.

Nitrate d'argent. M. le docteur Durant, chirurgien militaire (1), cautérise avec le nitrate d'argent sec toute l'étendue de la muqueuse phlogosée, lorsqu'il n'y a pas de complication gastrique. Vingt-quatre heures après, la déglutition est plus facile, et au bout de trois ou quatre jours, deux ou trois cautérisations ayant été pratiquées, le malade peut reprendre son service. On n'aura une idée exacte de l'efficacité de ce traitement que lorsque l'analyse d'un nombre suffisant de faits aura été produite.

M. le docteur Herpin, de Genève (2), a cité de nouveaux faits en faveur de ce moyen. Selon ce médecin, la cautérisation agit d'autant mieux, qu'elle est employée plus près du moment où le malade a ressenti les premières atteintes du mal.

Pour pratiquer cette opération, M. Herpin se sert d'un cylindre de nitrate d'argent solidement fixé, et ne dépassant le porte-crayon que d'une longueur de 4 millimètres environ. Le malade étant assis sur une chaise, aussi près que possible d'une fenêtre, la tête soutenue par un aide, la langue est abaissée par une cuiller, ou mieux avec un couteau à papier, et l'on fait prononcer la voyelle A comme dans une leçon de vocalisation. Alors, si les deux amygdales sont prises, on cautérise d'abord circulairement l'amygdale droite avec un côté de la pierre; puis on agit de la même manière sur la gauche. Quand le voile du palais est enflammé, on le cautérise en passant d'une glande à l'autre avec l'extrémité obtuse du crayon. Si la luette est rouge et œdématiée, on la touche en descendant avec l'extrémité aplatie de la pierre; c'est là le dernier temps de l'opération, qui n'est point douloureuse en elle-même.

Alun. Nous citerons ensuite l'*alun*, qui, après avoir fait partie de plusieurs formules anciennes, a été employé seul, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et notamment par M. Velpeau. C'est principalement contre l'espèce de pharyngite

(1) Voy. Greppo, *Quelques consid. sur la méth. abortive dans l'urétrite et l'amygdalite aiguë* (*Journ. de méd. de Lyon*, novembre 1845).

(2) *Union méd.*, 24 juin 1852.

qui nous occupe que cette médication a été dirigée. Je ne reviendrai pas ici sur la manière dont le remède est appliqué ; rien n'est, en effet, plus facile, puisqu'il ne s'agit que de le porter avec le doigt sur les parties enflammées ; mais il faut ajouter que, dans le traitement conseillé par M. Velpeau, des gargarismes alumineux sont aussi prescrits à la dose suivante :

℞ Alun.............. 8 à 16 gram.	Eau d'orge............ 120 gram.

Faites dissoudre. Pour se gargariser deux ou trois fois par jour, dans les intervalles des applications d'alun qui doivent être faites en nombre à peu près égal.

Ces *gargarismes alumineux*, ainsi que les *insufflations d'alun*, avaient déjà été prescrits par Lazare Rivière (1), et M. A. Laënnec (2) cite deux cas où l'angine a paru céder à ces moyens ; toutefois on a plus particulièrement recours aux *frictions* faites avec le doigt, et telles que je viens de les indiquer.

L'alun a été encore prescrit sous d'autres formes : ainsi Thilénius (3) faisait usage de tablettes composées comme il suit :

℞ Sulfate d'alumine et de potasse.......... } ãã part. égales.	Sucre de réglisse....... Gomme arabique....... } ãã part. égales.

Mêlez. F. s. a. des tablettes que le malade laisse fondre dans sa bouche.

De toutes ces formules, la plus simple, c'est-à-dire celle qui consiste à porter directement la poudre sur le pharynx, doit être préférée.

Borax. Le *borax*, dont, suivant un article d'un journal anglais (4), les Chinois feraient depuis longtemps usage sous forme d'*insufflation*, et dont l'action est analogue à celle de l'alun, a été également mis en usage par un grand nombre d'auteurs; mais je me contenterai de renvoyer à ce qui a été dit sur ce médicament à l'article *Muguet*, où j'ai indiqué la manière de l'employer.

Brou de noix. M. Becker (5) regarde comme très efficace, dans les cas d'engorgement chronique des amygdales, l'*extrait de brou de noix*, qu'il applique avec un pinceau sur les parties malades. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Extrait de brou de noix..... 4 gram.	Eau distillée............. 60 gram.

Mêlez.

Il ne cite qu'un seul cas en faveur de cette médication.

Ammoniaque. L'*ammoniaque* est encore une des substances que l'on a le plus vivement recommandées. C'est presque toujours sous forme de sel, à l'état d'*hydrochlorate*, et dans les gargarismes, qu'on a prescrit ce médicament. Il me suffira d'indiquer quelques formules. Déjà Polisius avait ordonné la préparation suivante :

℞ Joubarbe.............................. 500 gram.

Contondez et ajoutez :

Hydrochlorate d'ammoniaque.............. 8 gram.

Placez le mélange dans un lieu souterrain humide, jusqu'à ce que le liquide soit liquéfié ; décantez et conservez le liquide.

(1) *Prax. med.*, lib. VI.
(2) *Revue méd.*, t. IV, 1828.
(3) *Obs. méd. chir.* Francfort-sur-le-Mein, 1809.
(4) *Lond. med. Repos.*, 1815.
(5) *Medicinische Zeitung*, 1845.

Les auteurs plus récents se sont contentés de faire entrer le *sel ammoniac* dans différentes formules. Voici celle que l'on peut mettre en usage :

℞ Hydrochlorate d'ammoniaq.	4 gram.	Sirop de vinaigre..........	60 gram.
Eau..................	400 gram.		

Mêlez exactement. Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

L'*acétate d'ammoniaque* est employé par d'autres auteurs, mais c'est à l'intérieur qu'on l'a principalement administré. Voici la *potion* recommandée par Gœlis chez les enfants, dans les cas où il n'y a qu'une fièvre très peu intense :

℞ Décoction d'althæa........	15 gram.	Sirop d'althæa............	40 gram.
Esprit de Mindérérus.......	4 gram.		

Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Les *applications externes* ont été faites également avec l'*ammoniaque*. Ainsi Nost (1) propose de faire des frictions sur tout le cou avec le *liniment* suivant, dans lequel cette substance entre à l'état d'alcali :

℞ Huile de jusquiame...	30 gram.	Ammoniaque caustique.....	15 gram.
Onguent mercuriel........	6 gram.		

Mêlez.

Vogler (2) employait à l'extérieur des *fomentations* avec l'eau ammoniacée tiède, composée ainsi qu'il suit :

℞ Sel ammoniac (hydrochlorate)............... 8 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau commune........................... 200 gram.

Imbibez une flanelle de ce liquide, et entourez-en le cou du malade.

Ou bien encore il appliquait le cataplasme suivant :

℞ Pain de froment sec trituré.	150 gram.	Opium pur.............	1,20 gram.
Graine de lin contuse......	30 gram.	Eau bouillante..........	Q. s.
Sel ammoniac pulvérisé....	8 gram.		

Appliquez ce cataplasme chaud autour du cou.

Divers moyens combinés. Les auteurs ont tellement multiplié leurs prescriptions contre la pharyngite tonsillaire, que ce serait dépasser les bornes que de vouloir les indiquer toutes. C'est pourquoi je me contenterai de présenter quelques formules qui renferment un grand nombre de médicaments.

M. le docteur Rul-Ogez (3) vante les bons effets des gargarismes avec l'acétate de plomb cristallisé, qu'il formule ainsi :

℞ Eau distillée............	160 gram.	Acétate de plomb cristall.	0,30 à 0,50 gram.
Gomme arabique.........	16 gram.	Sirop simple...............	32 gram.

Mêlez. Pour se gargariser toutes les heures ; dans l'intervalle, faire usage d'un gargarisme émollient.

Sartorius (4) employa le gargarisme suivant, dans un cas où le gonflement énorme des amygdales faisait craindre pour la vie :

(1) *Encyklop. der Med. und Chir.*, 1833.
(2) *Pharm. Select.* Giessen, 1801.
(3) *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, janvier 1852.
(4) *Misc. nat. cur.*, dec. XI, ann. I, obs. 123.

℞ Roses rouges.......... } Fleurs de grenadier..... {	āā 4 gram.	Feuilles de chêne........ 3 gram.
Écorce de grenadier......	15 gram.	Alun brûlé............. 1,20 gram.

Faites bouillir dans :

Eau ferrée.......................... 750 gram.

Ajoutez :

Conserve de mûres.................. 30 gram.

Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Le même auteur prescrivait des *emplâtres* et des *cataplasmes*, dans lesquels entraient la *pulpe et le jus d'oignon*, le *bulbe du lis blanc*, le *nid d'hirondelle*, etc. Il serait inutile de s'étendre longuement sur de semblables moyens.

Disons seulement, d'une manière générale, que presque toutes les substances employées par les anciens, et auxquelles on peut attribuer une action peu énergique, sont *astringentes*, *styptiques* ou *acides*.

M. le docteur Van Rhyn (1) dit enrayer rapidement la pharyngite tonsillaire aiguë en donnant au malade, matin et soir, une cuillerée de *vinaigre* dit *des quatre voleurs*. Sans se rendre compte du mode d'action de ce médicament, M. Van Rhyn a eu tant de succès à constater qu'il s'abstient de citer des faits qui seraient trop nombreux. Il est à regretter qu'il n'en ait pas, au moins, donné l'analyse.

Vomitifs. Les *vomitifs* ont été mis en usage dans l'amygdalite, plus fréquemment encore que dans l'angine légère dont il a été question dans le précédent article. Laënnec a rapporté deux cas dans lesquels l'angine s'est dissipée promptement après l'administration de l'*émétique à haute dose* (2) ; mais il faudrait des faits plus nombreux et dont la marche aurait été suivie avec plus de soin pour décider quelle est l'efficacité du vomitif dans cette affection.

On peut croire néanmoins que ce moyen a une certaine action favorable, d'après les effets que nous lui avons vu produire dans d'autres inflammations plus profondes et plus graves. Toutefois ce ne sont là que des présomptions, et il serait important qu'une observation exacte vînt nous éclairer sur ce point.

On regrette que M. le docteur Bourgeois (3), qui emploie toujours et à l'exclusion des émissions sanguines le *tartre stibié à dose vomitive*, n'ait pas donné une analyse rigoureuse des faits. Il prescrit ce médicament de la manière suivante :

℞ Tartre stibié.......... 10 centigr. | Sucre................. 10 centigr.

Faites fondre dans les deux tiers d'un verre d'eau fraîche. A prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle.

Calomel. M. le docteur René Vanoye (4) a rapporté des cas très graves et de longue durée, dans lesquels une médication très simple, imaginée par M. Scelle-Montdezert (5), a parfaitement réussi. Cette médication consiste dans l'emploi des pilules suivantes :

(1) *Ann. de la Soc. de Roulers*, 2ᵉ livraison, 1850, et *Bull. de thérap.*, 30 avril 1850.
(2) Voy. *Pneumonie*, t. I de cet ouvrage.
(3) *Union méd.*, 10 septembre 1850.
(4) *Ann. de la Soc. méd. d'émul. de la Flandre occident.*, août 1848.
(5) *Journ. hebdom.*, 1830.

℞ Calomel............. 0,30 gram. | Savon amygdalin........... 4 gram.
F. s. a. 12 pilules. Dose: deux le matin et deux le soir.

M. Morris (1) vante beaucoup la *résine de gaïac* prise à la dose d'un gramme. Mais il donnait d'abord un vomitif, puis un purgatif; de sorte qu'il ne restait probablement plus grand'chose à faire à ce médicament si vivement recommandé.

Traitement de la pharyngite bilieuse des auteurs. Nous avons vu, dans la description précédente, qu'on avait admis une forme particulière de la maladie sous le titre d'*angine bilieuse*, et nous avons vu aussi combien de doutes laissait dans l'esprit la description peu précise donnée par les auteurs. C'est encore un point qu'il faut recommander à l'attention des observateurs. En attendant, voici comment cette angine a été traitée dans les cas où l'on a admis son existence. J'ai déjà dit que Stoll employait presque exclusivement les *éméto-cathartiques*. Cependant il n'excluait pas entièrement la *saignée*, mais il recommandait de n'y avoir recours que dans les cas où il y aurait, avec les symptômes bilieux, quelques phénomènes inflammatoires un peu marqués, et il ne l'employait que comme un moyen préparatoire propre à favoriser l'action des vomitifs. Forestus (2) eut également recours à la saignée dans un cas qu'il regardait comme une angine bilieuse, et pour vaincre la constipation, qui était opiniâtre, il se borna à prescrire des *suppositoires*. Or il y a dans ce fait ceci de remarquable, que, quoiqu'on n'employât pas les vomitifs, l'affection n'en guérit pas moins avec rapidité.

On voit combien sont vagues ces renseignements sur des questions dont la solution est cependant assez importante; car chaque jour les médecins se laissent diriger, dans leur pratique, par les idées théoriques des auteurs qui nous ont précédés.

Quoi qu'il en soit, je dois dire que l'angine à laquelle on reconnaîtra des caractères bilieux devra, en attendant de nouveaux faits, être traitée de la même manière que la pneumonie dite *bilieuse*, dont j'ai parlé dans le premier volume de cet ouvrage.

Je n'ai considéré jusqu'à présent que l'action médicamenteuse des vomitifs; mais il est un autre point de vue particulier sous lequel ces substances doivent être envisagées. Lorsqu'il est évident qu'un abcès s'est formé dans l'amygdale, ou lorsqu'on a lieu de le soupçonner, et que le sujet est en proie à des symptômes alarmants, on administre un vomitif, dans l'espoir que les contractions violentes du pharynx *hâteront la rupture de l'abcès.* On a souvent réussi par ce moyen à épargner au malade plusieurs heures de souffrance et de suffocation. Le vomitif dont il faut se servir en pareil cas est le *tartre stibié* à dose simplement vomitive, c'est-à-dire 0,05 *grammes à prendre en une fois dans un demi-verre d'eau.*

Purgatifs. On n'attache qu'une faible importance aux purgatifs dans le traitement de l'angine, et on ne les emploie guère que dans le but de tenir le ventre libre. Aussi ne voyons-nous mentionnée dans les auteurs aucune substance purgative particulière; les *sels purgatifs*, les *résineux*, ou mieux peut-être de simples *lavements laxatifs* avec l'*huile de lin*, le *miel mercurial*, etc., suffisent dans tous les cas.

(1) *Lond. and Edinb. monthly Review*, 1845.
(2) *Loc. cit.*; *De angina biliosa.*

Dérivatifs. Dans le but d'appeler l'irritation sur des points plus ou moins éloignés du siége de l'inflammation, on a recommandé divers moyens, tels que les *pédiluves* et les *manuluves sinapisés*, ou aiguisés avec l'*acide hydrochlorique;* des *sinapismes* aux extrémités inférieures, ou même un *vésicatoire* sur les côtés du cou ou à la nuque. Lorsque la pharyngite est légère, ces remèdes sont inutiles, puisque la guérison a lieu tout aussi rapidement sans eux; et lorsqu'elle est très intense, qu'elle s'accompagne d'une fièvre violente, ils peuvent avoir de graves inconvénients en augmentant l'excitation et le mouvement fébrile. Au reste, ces moyens sont très rarement prescrits.

M. Fleury (1) emploie le traitement suivant : Il fait envelopper le cou, jusqu'aux oreilles, d'une cravate de laine; plus la laine est grossière, plus l'effet dérivatif continu que l'on en obtient est profond et intense; en même temps il prescrit un gargarisme préparé comme il suit :

Moutarde commune (sinapis nigra).	25 gram.	Vinaigre ordinaire............	10 gram.
Chlorure de sodium (sel de cuisine).	5 gram.	Eau chaude ou froide.........	192 gram.

Filtrer.

Il faut toujours goûter ce mélange, en augmenter ou en diminuer la force, suivant les circonstances d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'état social, etc. On doit se gargariser sept ou huit fois par jour, et deux ou trois fois pendant la nuit.

L'auteur cite un grand nombre d'observations d'angines simples, pseudo-membraneuses, œdémateuses, traitées ainsi; mais comme il a employé d'autres agents thérapeutiques très efficaces, on ne peut pas attribuer sans beaucoup de restrictions les bons effets de la médication au gargarisme sinapisé.

Pyrothonide. Je pourrais maintenant indiquer quelques médicaments qui ont été plus particulièrement recommandés par quelques auteurs; mais il me suffira de faire remarquer de nouveau que la vertu de ces médicaments se trouve dans leur action *styptique, caustique* ou *astringente*, ce qui les fait rentrer dans la classe de ceux que nous avons déjà mentionnés, et ce qui me dispense de les énumérer en détail. J'indiquerai seulement ici le *pyrothonide*, proposé par M. Ranque (2).

EMPLOI DU PYROTHONIDE.

Cette substance n'est autre chose que l'huile pyrogénée qui provient de la combustion du papier, du linge, du chanvre, ou du coton, à l'air libre; d'où il résulte un liquide noirâtre, très âcre, qu'on étend de trois ou quatre fois son poids d'eau. Après avoir séparé l'espèce de charbon léger qui surnage, on réduit par l'évaporation, ce solutum à l'état sec, et l'on obtient le pyrothonide concret dont fait usage M. Ranque.

Voici sa formule dans les cas d'angine :

℞ Pyrothonide sec........	0,10 gram.	Miel................	8 ou 10 gram.
Eau d'orge froide.......	30 gram.		

Pour dix ou douze gargarismes par jour.

Suivant cet auteur, lorsque l'angine est simple, qu'il n'y a ni pellicule ni couche pultacée, la résolution est prompte; mais est-elle plus prompte qu'avec d'autres

(1) Thèse. Montpellier, 1848.
(2) *Mém. clin. sur l'emploi en méd. du pyrothonide.* Paris, 1827.

moyens? C'est là ce que les observations de M. Ranque ne permettent nullement de décider.

Dans les pharyngites plus intenses, et surtout dans les *angines scarlatineuses*, M. Ranque hésita d'abord à employer ce médicament seul ; mais plus tard, dit-il, enhardi par les succès obtenus dans l'angine simple, il se borna à l'emploi du gargarisme pyrothonidé, et l'angine disparut en peu de jours. Malheureusement encore, tout cela est fort peu concluant ; pour admettre, en effet, d'après de pareils renseignements, que le pyrothonide est un médicament très efficace, il faudrait que l'angine fût une maladie presque constamment mortelle, ou eût besoin d'un temps très long pour guérir ; mais il en est tout autrement, et par là on s'explique très bien comment tant de médicaments préconisés sont regardés comme *guérissant* la pharyngite tonsillaire *en un petit nombre de jours*.

TRAITEMENT DE LA PHARYNGITE TONSILLAIRE SUPPURÉE (ABCÈS DES AMYGDALES).

Nous avons vu plus haut qu'un moyen souvent employé pour faciliter la rupture des abcès des tonsilles, était l'*émétique à dose vomitive ;* mais il peut arriver que les parois de l'abcès soient trop épaisses pour être rompues par les efforts du vomissement, et que cependant la suffocation et les autres accidents soient assez intenses pour demander un traitement efficace. Il faut alors chercher à s'assurer s'il existe ou non de la fluctuation. Dans les cas où le malade peut ouvrir assez largement la bouche, l'exploration est assez facile ; mais, dans le cas contraire, il faut mettre en usage un moyen particulier.

« On commence, ainsi que le conseille Boyer, par placer entrer les deux incisives un coin de bois blanc de peu d'épaisseur : puis on lui en substitue un plus épais que l'on pousse par degrés, d'avant en arrière, entre les dernières dents molaires, de sorte que l'écartement des mâchoires n'ait lieu qu'avec beaucoup de lenteur. On porte alors le doigt indicateur profondément dans la bouche jusqu'à l'amygdale, dont on explore le volume, la dureté, et dans laquelle on reconnaît aisément la présence d'un liquide. »

Il suffit quelquefois de la simple *pression* exercée sur l'amygdale par cette exploration pour déterminer la rupture du foyer. Lorsqu'il en est autrement, il faut pratiquer l'ouverture de l'abcès, pour laquelle on a proposé divers moyens. On sait qu'Aétius employait, de la manière suivante, une *petite éponge trempée dans la résine de térébenthine :* après l'avoir solidement attachée à un fil résistant, il la faisait avaler ; puis, tirant sur le fil, qu'il avait préalablement fixé autour de sa main, il la retirait brusquement, dans le but d'exercer sur l'amygdale une forte pression. Ce moyen grossier est aujourd'hui abandonné.

On a également abandonné l'emploi du *pharyngotome*, instrument inventé par J.-L. Petit, et qui consiste en une lame tranchante à son extrémité, et enfermée dans une gaîne. Après avoir introduit l'instrument jusque sur l'amygdale, on faisait sortir rapidement la lame, jusqu'alors cachée dans la gaîne, et l'on incisait ainsi les parois de l'abcès.

Portal (1) a cité un cas où cet instrument ayant été employé par un habile chi-

(1) *Cours d'anat. méd.* Paris, 1804, t. III, p. 509.

rurgien, il en résulta néanmoins une hémorrhagie mortelle ; ce qui prouve que le pharyngotome est non seulement inutile, mais dangereux.

D'autres se servent d'une *lancette* dont la lame est fixée à l'aide d'une bandelette de linge ; mais l'instrument le plus simple, le plus facile à conduire et le plus généralement employé, est le *bistouri*. Pour pratiquer cette opération, on procède ainsi qu'il suit (Boyer) :

INCISION DE L'AMYGDALE.

« On commence par écarter les mâchoires, en plaçant, entre les dents molaires, un morceau de bois blanc taillé en forme de coin ; on abaisse ensuite la base de la langue avec un ou deux doigts, et l'on introduit dans la bouche un bistouri long et étroit, tenu horizotalement, et dont la lame, fixée sur le manche, est couverte d'une bandelette jusqu'à 8 ou 10 millimètres de sa pointe. On fait sur la tumeur une incision transversale, et l'on retire promptement le bistouri, en ayant soin d'écarter sa pointe des parties qu'elle pourrait blesser dans le moment où la douleur fait faire au malade des mouvements involontaires. Il est des cas où le gonflement des parties supérieures du cou s'oppose à tel point à l'abaissement de la mâchoire, qu'il est tout à fait impossible d'obtenir un écartement qui permette de guider avec l'œil l'instrument au moyen duquel on se propose d'ouvrir la tumeur. Dans ce cas, ce sera le doigt indicateur, dont l'extrémité touchera la tumeur en même temps que dans sa longueur il déprimera la langue, qui servira de guide au bistouri. »

Dans les cas dont il vient d'être question, nous avons supposé la fluctuation évidente, et, par conséquent, la réunion dans un large foyer d'une quantité assez considérable de pus ; mais il arrive quelquefois que plusieurs collections purulentes peu étendues se forment dans divers points de la glande à la fois. Le gonflement est alors très considérable, et il pourrait avoir de graves inconvénients. Il faut, en pareil cas, avoir recours à des scarifications pratiquées de la même manière que l'incision, scarifications qui, donnant lieu à l'écoulement du sang et du pus, opèrent un dégorgement favorable. Ces cas, du reste, sont assez rares.

Dans d'autres circonstances, l'inflammation a de la tendance à se propager aux parties environnantes, à fuser le long du tissu cellulaire post-pharyngien, et même à se porter jusque dans l'intérieur de la poitrine, comme M. Loude en a cité un exemple. Cet accident arrive surtout dans des cas où l'angine vient compliquer une maladie fébrile. Je le mentionnerai plus amplement dans l'*angine pharyngée*, dont il sera question plus loin.

Dans d'autres cas, c'est tout le tissu cellulaire de la partie externe du cou qui participe à l'inflammation ; il peut alors se former un vaste abcès et une fistule de la cavité du pharynx à l'extérieur. Si l'on a lieu de craindre que la maladie se termine ainsi, il faut se hâter d'inciser l'amygdale, *alors même qu'on n'y reconnaît pas une fluctuation évidente*. Ajoutons toutefois que les cas qui viennent d'être mentionnés peuvent être regardés comme exceptionnels.

Après l'ouverture de l'abcès, il suffit de quelques gargarismes émollients ou légèrement détersifs pour favoriser la prompte circatrisation du foyer. Assez souvent néanmoins l'expectoration devient très fétide après l'ouverture de l'abcès, et il

s'exhale du foyer une odeur très incommode pour le malade ; il faut alors recourir aux *gargarismes chlorurés*, comme désinfectants.

Résumé ; ordonnances. On a vu que les principaux moyens employés contre la pharyngite tonsillaire sont les saignées générales, les vomitifs (soit pour remédier aux accidents bilieux (Stoll), soit pour favoriser la rupture des abcès), les émollients et les astringents. Bornons-nous à remarquer ici que la saignée et l'emploi de l'alun sont les seuls moyens à l'appui desquels on ait apporté un nombre assez considérable de faits, et indiquons une circonstance importante qu'on a fréquemment perdue de vue dans les recherches thérapeutiques sur cette maladie. Dans l'immense majorité des cas, l'inflammation envahit *successivement* les deux amygdales ; or voici ce que l'observation a appris à ce sujet : Quelque violemment enflammée que paraisse l'amygdale envahie la seconde, elle revient à l'état normal à peu près en même temps que l'autre. Si l'on n'était pas prévenu de ce fait, on pourrait croire, vu l'état des parties, que la maladie est encore au début de la période d'augment, tandis qu'elle touche à sa période de déclin, et attribuer à l'action du médicament un amendement rapide résultant de la marche naturelle de la maladie. Que de précautions ne faut-il pas prendre dans l'étude des questions thérapeutiques ! Voyons maintenant, dans quelques ordonnances, comment doivent être groupés les différents remèdes précédemment indiqués.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE TONSILLAIRE LÉGÈRE SANS MOUVEMENT FÉBRILE.

1° Pour tisane, infusion de mauves et de violettes édulcorée avec le sirop de mûres.

2° Un gargarisme avec l'eau de guimauve, la décoction de figues grasses, etc.

3° Si la sécheresse de la gorge est considérable, ce qui est rare, diriger vers le pharynx des vapeurs émollientes.

4° Entretenir le ventre libre.

5° Éviter le froid et l'humidité. Diète pendant deux ou trois jours, ou, dans les cas très légers, alimentation peu abondante et légère.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE TONSILLAIRE ASSEZ INTENSE AVEC MOUVEMENT FÉBRILE.

1° Pour tisane, légère décoction de racine de guimauve sèche, édulcorée avec le miel.

2° Une ou deux saignées générales de 3 à 400 grammes. Chez les enfants, application de deux à huit sangsues, suivant l'âge, à la base de la mâchoire.

3° Fumigations vers la gorge avec une infusion de datura (voy. t. I, p. 127).

4° 0,05 grammes de tartre stibié, à prendre dans un demi-verre d'eau ; favoriser le vomissement en buvant de l'eau tiède.

5° Lavements émollients ou rendus légèrement laxatifs par l'addition de 30 grammes de miel mercurial, ou simplement de quatre ou cinq cuillerées d'huile de lin.

6° Un des gargarismes acidules ou astringents précédemment indiqués (voyez p. 357 et suiv.), lorsque les symptômes inflammatoires ne sont pas très violents.

7° Diète et repos au lit.

IIIᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE TONSILLAIRE QUI SE TERMINE PAR SUPPURATION.

1° Mêmes moyens que dans l'ordonnance précédente.

2° Si la fluctuation est évidente, et si l'on aperçoit sur l'amygdale un point jaunâtre et saillant, presser sur la glande, dans le but d'en déterminer la rupture.

3° Si ce moyen ne suffit pas, donner l'émétique à dose vomitive.

4° Si l'abcès n'est pas rompu, l'ouvrir avec le bistouri (voy. p. 365).

5° Si le gonflement causé par des abcès disséminés est énorme et la suffocation imminente, scarifications.

6° Incision prompte de l'amygdale, sans attendre la fluctuation évidente lorsque l'abcès menace de s'étendre au loin.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; scarifications; lacération de l'amygdale; adoucissants; émollients; acidules; acides; alun; borax; ammoniaque; vomitifs; purgatifs; dérivatifs; pyrothonide; traitement des abcès.

TROISIÈME ESPÈCE : *Pharyngite aiguë des parties reculées du pharynx* (Pharyngite profonde, angine pharyngée).

Cette espèce de pharyngite n'a été étudiée que d'une manière générale, et il faut chercher dans les observations particulières pour trouver quelques détails originaux. Quoique moins intéressante, dans la grande majorité des cas, que celle dont nous venons de donner la description, elle mérite cependant d'arrêter notre attention, parce que quelquefois elle donne lieu à des accidents fort graves, et nécessite des moyens particuliers.

On a divisé cette maladie en deux variétés, suivant le siége précis de l'inflammation. Ainsi on a décrit l'angine pharyngée *de la partie supérieure du pharynx*, et celle *de la partie inférieure de cette cavité*. On verra plus loin qu'on pourrait facilement en établir une troisième, qui serait la *pharyngite profonde suppurée*.

Les *causes* de cette affection ne diffèrent pas (du moins suivant les descriptions que nous possédons) de celles des deux précédentes espèces; mais les recherches ne sont pas assez précises pour qu'on puisse regarder ce fait comme parfaitement démontré. J'ajoute que, relativement à la pharyngite suppurée, il résulte des principales observations recueillies à ce sujet que, dans le plus grand nombre des cas, elle se développe dans le cours d'une autre maladie, surtout d'une maladie aiguë; c'est ce qui lui a fait donner par quelques auteurs, et en particulier par J. Frank, le nom d'*angina accessoria*. C'est surtout dans les *fièvres graves* que se montre cette espèce de pharyngite.

D'autres fois, il semble d'après des observations trop peu détaillées, qu'un *abcès* s'est primitivement formé dans le tissu cellulaire qui sépare le pharynx des parties voisines, et alors on peut se demander s'il existe une véritable pharyngite. Toutefois les faits se liant d'une manière assez intime à ceux dans lesquels il est évident que l'inflammation suppurative a eu son point de départ dans la muqueuse pharyngienne, je les comprendrai dans la description qui va suivre. On a désigné ces abcès sous le nom d'*abcès rétro-pharyngiens*.

Symptômes. — Pharyngite de la partie supérieure de la cavité. Dans le cas où la pharyngite occupe la partie supérieure de la cavité, les symptômes sont, suivant MM. Chomel et Blache (1), les mêmes au siége près, que dans l'angine gutturale. Ils consistent en une sensation de *chaleur* et de *sécheresse* dans la gorge, et une *gêne* plus ou moins marquée *de la déglutition.*

L'*inspection du pharynx* fait voir sa paroi postérieure rouge, luisante, sèche dans les premiers jours, et plus tard couverte, dans une plus ou moins grande étendue, d'un mucus visqueux, grisâtre, qui s'étale en nappe sur cette paroi. Suivant les auteurs que je viens de citer, il ne serait pas rare de voir la muqueuse sèche pendant tout le cours de la maladie; mais cette assertion aurait besoin de preuves. Selon eux encore, la déglutition est *plus douloureuse que difficile*, la *voix* peu altérée; la *respiration* reste libre. La *toux*, quand elle existe, est gutturale, et alors la *respiration* est *laborieuse*. Dans le plus grand nombre des cas, il n'y a point de *symptômes généraux.*

Pharyngite de la partie inférieure de la cavité. Dans la *pharyngite de la partie inférieure de la cavité*, qui s'observe beaucoup moins souvent, on a noté les symptômes suivants : Gêne de la déglutition; douleur qui se fait sentir à la hauteur du larynx, passage du bol alimentaire difficile et douloureux dans le même point. La *pression* exercée sur les parties latérales du cou augmente la douleur, et parfois il y a une *rougeur obscure* et un peu de *gonflement* dans cette partie. La *voix* est parfaitement libre, on n'observe point de symptômes généraux. A l'inspection, on ne découvre rien d'apparent sur la muqueuse pharyngienne.

J'ai indiqué très rapidement ces symptômes, parce qu'aucun travail exact n'ayant été fait sur cette maladie, je n'avais que des renseignements fort vagues. Je vais maintenant, d'après quelques observations, indiquer ce qui se passe dans la *pharyngite suppurée*, dans les *abcès du pharynx.*

Abcès du pharynx. Dans les affections fébriles intenses, il arrive quelquefois, ai-je dit, qu'une inflammation secondaire (*angina accessoria*) se développe dans le pharynx. Lorsque c'est pendant le cours du délire que cette lésion a pris naissance, elle ne se manifeste ordinairement par aucun symptôme. M. Louis (2) en a rapporté un exemple très remarquable. Dans le cas contraire, la douleur et la difficulté de la déglutition, quelquefois très marquées, annoncent le début de la maladie, et si la collection purulente est assez considérable, on constate les symptômes suivants :

Tantôt, comme dans une observation rapportée par M. Priou (de Nantes), la *tumeur* formée par l'abcès reste fixée à la paroi postérieure du pharynx; tantôt le pus fuse vers la poitrine; tantôt enfin, même quand elle a son point de départ sur les parties latérales, l'abcès peut se porter vers la partie supérieure du larynx et comprimer la glotte.

Tel est le cas rapporté par M. le docteur Ballot (3). Celui qui a été publié par Carmichael (4) était à peu près du même genre.

(1) *Dict. de méd.*, art. ANGINE SIMPLE.
(2) *Rech. sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1841, 2 vol. in-8.
(3) *Phleg. rétro-œsoph. ayant fait croire à l'existence d'une angine laryngée œdémateuse* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XII, p. 257).
(4) *Edinb. med.-chir. Trans.*, 1820.

M. Besserer (1) a observé aussi chez un enfant de quatre mois un abcès rétro-pharyngien qui fit périr le petit malade par suffocation, et qu'on prit pour un croup. Enfin, M. le docteur Peacock (2) a vu chez un enfant de sept mois un cas d'abcès post-pharyngien dans lequel la respiration était très gênée, tandis que la déglutition se faisait assez bien. On mit des obstacles à la trachéotomie. L'enfant mourut.

Il est facile de comprendre quels sont les symptômes propres aux trois espèces d'abcès que je viens de signaler. *Dans le premier cas*, on remarque la douleur vive, la difficulté de la déglutition, la voix nasillarde, une gêne de la respiration qui n'est point habituellement très intense. Il y a là, en un mot, des signes à peu près semblables à ceux que l'on observe dans les abcès de l'amygdale ne comprimant pas le larynx.

Dans le second, les mêmes signes, avec une grande intensité des symptômes généraux, puis une douleur se portant du côté de la poitrine ; ou bien le gonflement, la rougeur du cou, la fluctuation sentie à l'extérieur, caractérisent la maladie. C'est ce que l'on observa dans le cas cité par M. Londe et dans celui qui a été recueilli par M. Méandre Dassit (3).

Enfin, *dans le troisième*, on observe la suffocation extrême, les efforts pénibles de la respiration, l'inspiration sifflante, des phénomènes d'asphyxie, en un mot des signes d'œdème de la glotte si marqués, que les nombreuses erreurs de diagnostic auxquels ils ont donné lieu se comprennent facilement.

C'est dans ce cas qu'on doit procéder à une exploration très attentive de la cavité pharyngienne. Il faut, après avoir ouvert mécaniquement la bouche, à l'aide d'un coin de bois placé entre les dents, porter profondément le doigt vers la paroi postérieure du pharynx, et surtout vers la partie inférieure de cette cavité, que les regards ne peuvent point atteindre. On recherche alors la *fluctuation*, qui, si l'on peut atteindre la tumeur, est assez facile à reconnaître. Il faut surtout avoir soin de constater l'état de l'épiglotte et du larynx ; car si l'on peut parvenir à toucher l'ouverture de la glotte et à constater son intégrité en écartant la tumeur, on découvrira facilement la cause des graves symptômes qui se manifestent du côté des voies respiratoires.

Telle est la description de cette espèce de pharyngite qui aurait besoin d'être étudiée avec plus de soin.

Marche ; durée ; terminaison. Dans les cas où la maladie est simple, sa *marche* est celle qui a été signalée dans l'angine gutturale. Si l'affection se termine par suppuration, on voit, après des symptômes qui n'avaient rien de caractéristique, survenir rapidement soit la gêne très grande de la déglutition, soit les signes de l'envahissement du tissu cellulaire environnant par une abondante suppuration, soit enfin des symptômes semblables à ceux de l'œdème de la glotte.

La *durée* de l'affection est variable suivant ces cas. Dans la pharyngite simple, elle n'est souvent que de quatre ou cinq jours ; rarement elle dépasse le premier septénaire. Dans la pharyngite suppurée, au contraire, elle peut être d'une durée assez longue, et qui dépend beaucoup de la gravité des accidents auxquels on peut

(1) *Rein. und westf. Correspondenzblatt*, 1844.
(2) *Monthly Journ.*, octobre 1847.
(3) Thèse. Montpellier, 1818, n° 936.

attribuer la mort. Chez le sujet observé par M. Ballot, la *terminaison* funeste n'eut lieu qu'au bout de douze jours, et, dans le cas cité par M. Priou, l'affection a duré au moins quatorze ou quinze jours.

Lésions anatomiques. Dans l'inflammation simple, les lésions anatomiques sont celles qui ont été indiquées à l'occasion de la pharygite gutturale. Dans la pharyngite suppurée, on trouve, outre les altérations de la muqueuse, des collections purulentes plus ou moins considérables qui soulèvent cette membrane et donnent lieu à une tumeur très molle, ou bien qui fusent à une plus ou moins grande distance. M. Louis, dans des cas où la maladie s'était déclarée au milieu d'une fièvre grave, a vu le pus infiltré plus ou moins largement dans le tissu sous-muqueux.

Diagnostic ; pronostic. Le *diagnostic* de la pharyngite simple, lorsque cette affection est *fixée à la partie supérieure du pharynx*, ne présente pas de grandes difficultés. Une douleur à la partie postérieure de la cavité pharyngienne, la déglutition plus douloureuse que difficile, et, par-dessus tout, l'inspection des parties qui en fait reconnaître les lésions inflammatoires, suffisent pour éloigner toute cause d'erreur.

Il n'en est pas tout à fait de même de la pharyngite *fixée à la partie inférieure* de la cavité. Ici, la douleur qui a son siége au niveau ou un peu au-dessus de la partie supérieure du larynx, le rejet des boissons par le nez, qui s'est montré dans quelques cas où l'affection était très intense, la toux gutturale, une légère altération de la voix, due sans doute à une extension de l'inflammation à la partie supérieure du larynx, pourraient faire croire à l'existence d'une *laryngite aiguë*. Mais il faut remarquer que, dans la pharyngite, la douleur est surtout notable au moment de la déglutition ; que le rejet des boissons par le nez est un phénomène rare dont les auteurs qui ont admis son existence n'ont point donné d'observations détaillées ; que la toux gutturale et l'altération de la voix sont beaucoup moins intenses que dans la laryngite, où l'enrouement est rapidement porté au plus haut degré, et que, même lorsque ces symptômes existent, on doit croire que l'inflammation a gagné la partie supérieure du larynx.

Dans les cas où l'inflammation *se termine par suppuration*, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; mais, encore ici, faut-il distinguer la pharyngite de la partie supérieure de celle de la partie inférieure. Dans le premier cas, on peut voir la tumeur au fond de la gorge, et porter assez facilement le doigt sur elle pour y reconnaître la fluctuation. Dans le second, l'état des parties peut être soustrait à la vue, et la sensation de la tumeur touchée par le doigt peut faire croire à l'existence des bourrelets œdémateux qui existent sur les côtés du larynx dans l'œdème de la glotte.

Ces circonstances peuvent d'autant plus facilement donner lieu à une erreur de diagnostic, que l'on observe en même temps, ainsi que je l'ai dit plus haut, les principaux signes de la laryngite œdémateuse ; or on ne peut avoir recours, pour éviter cette erreur, qu'à l'exploration attentive de la partie malade. Pour cela, il faut pratiquer le *toucher*. Si, d'une part, on constate l'existence d'une tumeur molle, fluctuante, et de l'autre l'intégrité de la partie supérieure du larynx, on devra attribuer la suffocation à la compression exercée par un abcès développé dans les parois du pharynx. Il ne faut donc pas s'arrêter dans cette exploration au moment où l'on a senti l'existence d'un bourrelet mou, il faut encore rechercher la partie

supérieure de la glotte. Si la compression portait, non seulement sur l'ouverture de la glotte, mais encore sur l'épiglotte elle-même, on aurait un signe de diagnostic de plus; car, dans les cas de laryngite œdémateuse, l'épiglotte est relevée, et on la sent tout d'abord au moment où l'on pratique le toucher, ce qu'on ne pourrait faire dans le cas qui nous occupe.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite simple profonde et de la laryngite aiguë.*

PHARYNGITE SIMPLE LÉGÈRE.	LARYNGITE AIGUE.
Douleur augmentée *dans la déglutition.*	Douleur augmentée *dans la toux et les efforts de la voix.*
Toux *gutturale légère*, à moins de complication.	Toux *laryngée intense.*
Voix *peu altérée*, nasillarde.	Voix *profondément altérée*, enrouée, éteinte.

2° *Signes distinctifs de la pharingite suppurée profonde et de l'œdème de la glotte.*

PHARYNGITE SUPPURÉE.	ŒDÈME DE LA GLOTTE.
Tumeur *molle, contenant* un *liquide* (caractère douteux).	Bourrelet *élastique, sans fluctuation.*
En écartant la tumeur, on trouve le *larynx sain.*	Le toucher fait reconnaître que les bourrelets existent *sur les bords du larynx lui-même.*
Si l'abcès comprime l'épiglotte, *on ne la sent pas d'abord* quand on pratique le toucher.	Épiglotte relevée, *toujours sentie* au moment où l'on franchit l'isthme du gosier.

Tels sont les deux diagnostics différentiels qu'il importe de présenter. Il serait utile que le dernier fût soumis à une observation répétée. Dans les cas où un œdème de la glotte est la conséquence de la suppuration du pharynx, tous les signes précédents se trouvent réunis.

Traitement. Il serait inutile d'insister sur le traitement de cette pharyngite à l'état simple. On doit évidemment diriger contre elle les moyens qui ont été recommandés contre la pharyngite gutturale. Disons seulement que les divers *topiques* conseillés par les auteurs étant plus difficilement portés sur la partie enflammée, c'est à l'aide de l'*insufflation*, et surtout des *gargarismes*, qu'il faudra les appliquer. Ainsi l'*alun*, le *borax*, les *acidules* seront prescrits en gargarismes, suivant les formules indiquées dans l'article précédent.

Mais il est une partie importante du traitement : c'est celle qui se rapporte à la *pharyngite profonde suppurée.* Ici, le point capital est de faire disparaître le plus promptement possible la tumeur qui occasionne tous les accidents.

Si l'on n'y a point réussi par un *traitement antiphlogistique énergique*, il faut, dès qu'on reconnaît la fluctuation, porter l'instrument tranchant sur la tumeur, et donner issue au pus. Pour pratiquer cette opération, on est souvent forcé de se servir du pharyngotome, ainsi que cela est arrivé à M. Priou, qui, après plusieurs tentatives inutiles pour ouvrir l'abcès avec une lancette et un bistouri, y parvint à l'aide de cet instrument. Dans les cas où la tumeur est à la partie postérieure du

pharynx, les accidents causés par l'emploi du pharyngotome sont beaucoup moins à craindre.

Lorsque la tumeur comprime la partie supérieure du larynx, il faut chercher à l'inciser, quand même le diagnostic ne serait pas parfaitement établi ; car, en supposant même qu'il s'agisse de l'œdème de la glotte, nous avons vu, dans l'article consacré à cette maladie, que les scarifications peuvent être avantageuses dans son traitement.

Enfin, si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait avoir recours à la *trachéotomie*. Dans le cas observé par M. Ballot, c'est la simple *incision de la membrane crico-thyroïdienne* qui fut pratiquée, et ce fut une nouvelle preuve de l'insuffisance de cette opération, car la canule s'étant déplacée, le malade périt asphyxié. On l'eût, sans doute, beaucoup plus facilement maintenue, et la respiration artificielle eût été plus complète, si l'on eût pratiqué, soit la *trachéotomie*, soit la *laryngo-trachéotomie*.

Je renvoie pour ces opérations à ce qui en a été dit dans l'histoire des diverses *laryngites*, et je ne multiplierai pas davantage les détails de ce traitement, qui n'offre, comme on le voit, rien de particulier. J'ajouterai seulement qu'après l'ouverture des abcès, les *gargarismes émollients* et *détersifs* devront être mis en usage.

ARTICLE III.

PHARYNGITE SIMPLE CHRONIQUE.

Ce que nous avons à dire de la pharyngite simple chronique se rapporte presque exclusivement à la pharyngite tonsillaire ; les autres espèces sont plus rares, et ne sont considérées comme une véritable maladie que dans des cas particuliers : aussi les exposerai-je en peu de mots.

PREMIÈRE ESPÈCE : *Pharyngite gutturale chronique.*

La *pharyngite gutturale chronique* se montre ordinairement à un degré très léger. On l'a divisée en *primitive* et en *consécutive*.

Causes. Le plus ordinairement elle a lieu *dans le cours de l'hiver*, et est incessamment entretenue par les causes qui l'ont produite, telles que le *froid humide*, les *efforts considérables de la voix*, les *excès*.

M. le docteur Lizé (1) cite une observation de pharyngite granuleuse, non liée à l'état syphilitique, survenue chez un homme *à la suite de la disparition d'une dartre* du conduit auditif.

Symptômes. Les *symptômes* auxquels elle donne lieu sont : un état de *gêne* permanent vers l'isthme du gosier ; une continuelle tendance à rejeter par *exscréation* les mucosités abondantes qui couvrent les parties malades ; un *relâchement* plus ou moins considérable des tissus, qui, selon Bennati (voy. t. Ier, *Laryngite chronique*), rend moins efficaces les contractions musculaires ; un *allongement* plus ou moins marqué *de la luette*, qui irrite la base de la langue ; enfin une *rougeur* pâle, diffuse, qui occupe le voile du palais, ses piliers et une partie du palais lui-même.

Quelques auteurs assurent voir vu sur les parties enflammées des vésicules qui

(1) *Union méd.*, 24 mai 1851.

se dessinent sous la muqueuse, dont la couleur est parfois violacée. Chez quelques sujets, on remarque, sur l'isthme du gosier, des *taches foncées, livides*. Ordinairement on trouve les *cryptes muqueux* du pharynx très volumineux pour la plupart, et un peu plus rouges qu'à l'état normal. Enfin, on a cité des cas où il existait de petites *granulations* et des *plaques rouges*, disséminées sur toute la surface enflammée.

Une *altération* plus ou moins marquée des *sons*, et surtout des sons aigus dans le chant ; une fatigue plus ou moins considérable dans l'acte de parler et de chanter, sont des signes sur lesquels Bennati a principalement insisté.

Par moments, soit que le malade ait fait un excès, soit qu'il ait été exposé à quelques variations de température, soit sans cause connue, ces symptômes augmentent, et il peut y avoir un véritable *enrouement*. Ces signes sont ordinairement plus marqués le matin, et les mucosités sécrétées sont alors plus abondantes. Ces mucosités ont souvent un aspect *purulent* qui inquiète beaucoup les malades et leur fait craindre une affection grave.

Il n'est pas démontré que cette maladie s'accompagne de symptômes généraux, à moins qu'elle ne revienne momentanément à l'état aigu, ou qu'elle soit symptomatique d'une affection plus grave, d'une maladie organique du poumon, par exemple.

Traitement. Le *traitement* proposé contre cette affection légère se compose des topiques directs. On sait que Bennati regardait comme très efficace l'emploi de l'*alun* en gargarismes (1). Cette substance peut être encore appliquée en poudre, suivant le procédé employé par M. Velpeau.

Une légère *cautérisation* avec le *nitrate d'argent sec*, et mieux à l'aide d'une *solution de ce sel* portée sur les parties à l'aide d'une éponge fixée sur un petit bâton ; les gargarismes avec le *sirop de mûres*, d'*erysimum ;* les divers *acidules*, sont aussi mis en usage. Quant aux *pédiluves*, aux *manuluves sinapisés*, aux *frictions excitantes* sur les parties latérales du cou, leur efficacité n'est pas démontrée.

M. Schallenburg (2) a employé sur lui-même un *emplâtre agglutinatif, saupoudré de tartre stibié*, et placé entre les épaules. Au bout de quarante-huit heures, il a éprouvé de l'amélioration, et les effets définitifs du médicament ont été très avantageux.

Dans le cas cité par M. Lizé, les purgatifs, les vésicatoires, la cautérisation par le nitrate d'argent, et les préparations sulfureuses, n'amenèrent qu'une amélioration passagère.

En somme, les topiques que je viens d'indiquer, la soustraction des sujets aux diverses causes qui ont produit la maladie, le *repos de l'organe*, une douce chaleur entretenue autour du cou, suffisent pour faire disparaître cette incommodité, qu'on n'est guère appelé à traiter que chez ceux qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, comme les chanteurs, les orateurs, etc. Cependant, lorsqu'il existe une expectoration puriforme, l'affection inquiète beaucoup les malades et demande un peu plus d'attention de la part du médecin. Alors les *fumigations narcotiques*, si la gêne est grande, et par-dessus tout les *eaux minérales sulfureuses*, seront employées avec avantage, comme dans la *laryngite chronique* (voy. t. I[er]).

(1) Voy. pour son application, t. I, *Laryngite chronique*.
(2) *Chir. viert. Schr.*, 1849.

DEUXIÈME ESPÈCE : *Pharyngite tonsillaire chronique.*

Cette affection est presque toujours le résultat d'un nombre plus ou moins considérable d'attaques de pharyngite tonsillaire aiguë. Le gonflement des amygdales est la seule circonstance qui la fasse différer sensiblement de la précédente.

A chacune des attaques d'amygdalite aiguë, la glande, qui a subi une grande augmentation de volume, la conserve en partie, quoique tous les autres symptômes disparaissent, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps les tonsilles font une saillie considérable en dedans des piliers du voile du palais, et se rapprochent de la ligne médiane, au point de venir presque au contact. Lorsqu'il en est ainsi, on peut regarder cet état organique comme étant plutôt le résultat que le signe même de l'inflammation. Cette manière de voir me paraît juste, et peut-être conviendrait-il de présenter dans un article à part cette espèce d'hypertrophie des amygdales due à des inflammations antérieures; mais aucun travail spécial n'ayant été fait sur ce point, je dois, pour me conformer à l'usage, décrire à la fois, et l'inflammation chronique et ses conséquences.

Il résulte de l'état que je viens de décrire, la *sensation* plus ou moins incommode d'un *corps étranger* dans la gorge, avec une *gêne* de la respiration qui n'est un peu notable que dans quelques cas. La *voix* est nasonnée; parfois la *prononciation* est difficile, et l'on a remarqué que l'*haleine* prenait, chez quelques sujets, une odeur désagréable, surtout le matin. Les *concrétions* qui se forment dans les lacunes agrandies sont la cause de ce dernier symptôme.

Si l'on examine le gosier, on voit la *saillie* plus ou moins considérable des amygdales. Ces glandes ont une couleur rouge, peu intense, mais quelquefois elles se présentent *sans rougeur marquée*, ou même avec une *pâleur* notable. Elles sont irrégulières; elles présentent des saillies et des enfoncements alternatifs. Fréquemment, dans ces enfoncements qui ne sont autre chose que les lacunes, on voit les *concrétions* dont je viens de parler, et qui sont le produit des follicules enflammés. Ces concrétions sont d'un blanc mat ou sale, irrégulières. On peut les détacher avec une pince. Par leur séjour, elles contractent une fétidité particulière qui influe sur l'haleine, comme je l'ai déjà fait remarquer.

La *dureté* acquise par les tumeurs est quelquefois considérable, et nul doute que ce ne soit dans des cas semblables qu'on a cru quelquefois reconnaître l'induration squirrheuse des tonsilles.

Pour compléter le tableau de cette affection, qui ne donne pas lieu à des symptômes généraux, il suffit d'ajouter que l'isthme du gosier est couvert, sinon toujours, du moins dans certaines circonstances, de mucosités épaisses, difficiles à détacher, et rejetées par exscréation avec les concrétions dont il vient d'être parlé.

Quant à l'*enrouement*, aux altérations diverses des sons, ils sont les mêmes que dans la pharyngite gutturale, à laquelle ils peuvent même être attribués en partie; car il n'est pas rare de voir l'inflammation chronique s'étendre au voile du palais et à ses piliers.

Je ne parlerai point ici du *diagnostic* de cette affection, qui est très facile dans l'immense majorité des cas; j'en dirai seulement un mot à l'occasion du *cancer du pharynx*, maladie rare, comme on le verra plus loin.

Je ne reviendrai pas non plus sur le *traitement* qui a été indiqué à l'occasion de l'espèce précédente. Je me bornerai à exposer succinctement les opérations qui se pratiquent en pareils cas.

Lorsque les amygdales sont gonflées au point de gêner la déglutition et la respiration, ou lorsque, chez des sujets qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, celle-ci est considérablement altérée, on a recours à divers moyens pour réduire la glande à son volume ordinaire. Avant Moscati et Museux, on se bornait le plus souvent à la *cautérisation* des amygdales, et quelquefois *on les liait comme des polypes.* Cependant on trouve dans Celse un passage qui prouve que de son temps l'*excision* était déjà pratiquée.

La cautérisation soit avec les *caustiques liquides,* soit avec les *caustiques secs,* soit avec le *cautère actuel*, est généralement abandonnée. La difficulté de borner l'action de ces agents, et leur inefficacité lorsque la cautérisation est légère, y ont fait renoncer. On a de même abandonné la *ligature*, qui est difficile, et qui peut occasionner une inflammation très vive et une suppuration très abondante.

Aujourd'hui, c'est l'excision qui est le plus communément pratiquée. Boyer (1) a fort bien exposé la manière dont on doit y procéder, et comme on n'a point, depuis, modifié notablement ses préceptes, c'est sa description que je vais suivre. Pour pratiquer l'excision, on procède de la manière suivante :

EXCISION DES AMYGDALES.

On prend une érigne de Museux, soit une érigne simple, soit préférablement une érigne double, et un bistouri dont la lame a 9 centimètres de longueur et 6 millimètres environ de largeur. Son tranchant s'étend jusqu'à la pointe, qui est terminée par un petit bouton, pour ne pas blesser la paroi postérieure du pharynx. Pour fixer la lame sur le manche, on l'entoure d'une bandelette de linge, qui sert aussi à couvrir le tranchant jusqu'à environ 40 millimètres de la pointe. Le crochet de l'érigne doit être assez grand pour pénétrer dans les trois quarts de l'épaisseur de la glande.

Le malade est assis sur une chaise vis-à-vis d'une fenêtre, afin d'éclairer autant que possible l'arrière-bouche ; on le fait gargariser et cracher pour nettoyer les parties. Sa tête est renversée et maintenue sur la poitrine d'un aide. On place entre les dents molaires un corps dur, tel qu'un coin de bois. Un aide, placé du côté opposé à celui sur lequel on opère, abaisse la langue avec le doigt indicateur, qui ne doit pas être porté trop près de la base de cet organe, de crainte d'exciter des envies de vomir. L'opérateur, situé vis-à-vis du malade et un peu de côté, accroche la glande dans sa partie moyenne et postérieure avec l'érigne qu'il tient de la main gauche, pour le côté gauche, et de la main droite pour le côté droit ; de l'autre main il prend le bistouri, qu'il porte à plat entre la langue et la partie inférieure de la tumeur, le dos du bistouri tourné vers les piliers du voile du palais, et l'enfonce jusqu'à la partie postérieure du pharynx ; ensuite il tourne le tranchant en haut, et tirant l'instrument à soi pour le faire agir en sciant, il coupe de bas en haut la moitié inférieure de la base de la tumeur. Aussitôt il porte l'instrument entre le voile du palais et la tumeur, avec les mêmes précautions qu'il a prises pour le bas, et il coupe de haut en bas le reste de la glande.

(1) *Traité des malad. chir.*, t. VI.

Il est un instrument ingénieux et utile surtout chez les enfants, c'est le tonsillotome de Fahnestock (1), modifié par M. Velpeau; il se compose d'une espèce de guillotine dans laquelle on engage l'amygdale; une pointe en fer de lance, terminant la tige, sert à fixer l'organe que l'on excise en tirant à soi la lame tranchante.

« Le malade étant assis sur une chaise ou debout, en face d'une croisée, la tête maintenue par un aide, on fait ouvrir la bouche, le chirurgien introduit le tonsillotome à plat, et s'en sert pour déprimer la base de la langue; puis le conduit sur l'amygdale. Lorsque celle-ci est placée au milieu de l'anneau, il fait glisser dans son tissu le double crochet en poussant la tige qui le supporte. L'organe ainsi fixé, le chirurgien pèse sur l'extrémité de la tige qu'il vient de pousser, la fait basculer et dégage l'amygdale d'entre les piliers du voile du palais autant qu'il le veut; de l'autre main, il tire la tige qui supporte l'anneau tranchant. On retire alors le tonsillotome avec la masse excisée qui reste embrochée par le double crochet. »

Un des accidents les plus graves à redouter dans cette opération, et dont les chirurgiens rapportent des exemples, est l'*hémorrhagie foudroyante*, causée par la lésion de l'artère carotide, si voisine de la face externe de la glande : aussi faut-il bien se garder de chercher à enlever l'amygdale tout entière. *Il suffit toujours d'en retrancher les deux tiers*, pour qu'elle soit réduite par la suite à un volume moins grand qu'à l'état normal.

Quant à l'*hémorrhagie*, qui est la conséquence naturelle de l'excision de l'amygdale, elle n'est pas ordinairement à craindre. Cependant elle peut quelquefois être grave, comme M. Vidal (de Cassis) (2) en rapporte un exemple qui lui est propre. En pareil cas, on parviendrait à l'arrêter en faisant tenir constamment au malade de la *glace dans la bouche :* moyen qui fut employé par M. Vidal. Si elle résistait, on aurait recours à l'application de l'*eau de Rabel*, ou d'une dissolution de *sulfate de cuivre*, ou même à l'*application du fer rouge*, suivant Boyer.

M. Chassaignac (3) a, dans un cas de ce genre, employé avec succès un *fragment de glace* porté directement, avec une pince de Museux, sur le point d'où partait le sang.

M. le docteur Hatin (4) a arrêté une hémorrhagie semblable *en comprimant l'amygdale* entre les deux extrémités des branches d'une longue pince; l'interne, garnie d'amadou, et imprégnée de substances astringentes portant directement sur la surface saignante; l'autre, garnie de linge, portant au-dessous de la mâchoire inférieure, au niveau de l'amygdale.

M. Gensoul (5) a toujours réussi à arrêter cette hémorrhagie par la *compression de la carotide.*

La légère inflammation qui survient après l'opération est facilement domptée par les *gargarismes émollients*, par l'*eau d'orge miellée :* les moyens les plus simples, en un mot.

Quelques auteurs ont proposé de remplacer l'excision de la glande par de simples

(1) *Bull. gén. de thérap*, 30 octobre 1851 (*Note sur l'emploi du tonsillotome de Fahnestock*, gravures).
(2) *Traité de pathol. externe*. Paris, 1845, t. IV, p. 253.
(3) *Gaz. des hôp.*, 1847.
(4) *Abeille méd.*, janvier 1848.
(5) *Revue méd.-chir.*, avril 1848.

scarifications; mais cette opération est ordinairement inefficace, et elle peut être dangereuse.

D'autres, craignant les accidents qui viennent d'être mentionnés, ont pensé qu'il suffirait *de déchirer et d'arracher des portions de la glande* à l'aide des pinces de Museux ; mais ce moyen a été pratiqué un très petit nombre de fois, et n'est point généralement adopté.

Je n'insisterai pas davantage sur ces détails purement chirurgicaux, renvoyant, pour des renseignements plus étendus, aux traités de pathologie externe et de médecine opératoire.

TROISIÈME ESPÈCE. *Inflammation chronique de la partie inférieure du pharynx.*

Enfin, je n'ai plus qu'un mot à dire de la pharyngite chronique qui affecte les parties reculées du pharynx. Cette maladie, infiniment plus rare que toutes les autres, s'en distingue par la gêne plus grande de la déglutition et l'altération moins profonde de la voix. Les moyens de traitement dirigés contre l'angine gutturale lui sont applicables. Seulement c'est à l'aide de gargarismes qu'on doit les diriger vers les parties malades, ou, si l'on veut pratiquer la cautérisation directe, il faut y porter le caustique à l'aide de la tige de baleine et de la petite éponge dont se sert M. Trousseau (1).

ARTICLE IV.

PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ULCÉREUSE.

Je crois devoir dire un mot de cette affection, qui n'a appelé qu'en passant l'attention des auteurs, et qui cependant mérite d'être connue. M. A. Cazenave (2) a décrit, sous le nom d'*angine syphilitique*, un accident consécutif des maladies vénériennes qui, bien qu'en grande partie semblable à la pharyngite chronique simple dont je viens de tracer l'histoire, présente quelques particularités intéressantes. C'est à cet auteur qu'il convient d'emprunter les principaux traits du tableau suivant.

Première forme (*érythémateuse*). « C'est la plus fréquente, soit, dit M. Cazenave, qu'elle accompagne une syphilide primitive, soit qu'elle complique une syphilide secondaire, soit que, succédant à l'une ou à l'autre, elle persiste seule avec une opiniâtreté souvent désolante.

» Cette forme, continue M. Cazenave, consiste dans une *rougeur érythémateuse* d'un aspect *violacé*, accompagnée d'un *gonflement* très léger des parois du pharynx, qui sont sèches, luisantes, *comme tendues*. La *déglutition* est difficile, douloureuse, au moins dans les premiers moments. Le malade se plaint constamment de la *sécheresse* de la gorge. C'est surtout le matin, au réveil, que cet état lui est le plus pénible. Si l'on examine avec attention l'arrière-bouche, on ne voit autre chose qu'une *injection* particulière répandue inégalement par bandes, et très appréciable surtout le long des piliers et autour du voile du palais. »

On voit, par cette description, en quoi cette forme de la pharyngite chronique diffère, et en quoi elle se rapproche de la *pharyngite chronique simple*. Un peu

(1) Voy. t. I, art. *Laryngite chronique.*
(2) *Traité des syphilides.* Paris, 1843.

[illegible], la rougeur sous forme de bandes, l'aspect luisant [illegible] sont les principales nuances que nous devons signaler. Il en rés[ulte] que si l'on n'avait pas pour se guider d'autres symptômes, tels que ceux qui ap[partiennent] aux [illegible], et si l'on manquait de renseignements, on pour[rait] [illegible]. Toutefois, si l'on réfléchit que la pharyn[gite] [illegible] grande étendue est très souvent prod[uite] par le virus syphilitique, on aura une raison de plus pour croire à la spécificité [illegible].

[illegible], dit encore M. Cazenave, la mu[queuse], surtout à la partie postérieure du pharynx, se recouvre de *petites tume[urs]* [illegible] tout à fait [illegible], ne dépassant pas le volume d'un p[etit] [illegible]. Ces tumeurs viennent encore ajouter par leur prése[nce] [illegible]. »

[illegible]. Voici encore une autre forme signalée par M. Cazena[ve]. « Dans d'autres [illegible], analogues d'ailleurs, dit-il, la muqueuse ne prése[nte] pas seulement l'aspect [illegible] caractéristique, mais il semble qu'elle soit soulevée lé[gèrement] dans quelques points par un liquide qui lui fait perdre sa transparence. [Il] en résulte de petits disques ou plutôt des portions de disque, chose remarquab[le], toujours très exactement arrondis, où la muqueuse offre une teinte opaline q[ui] pourrait échapper à un examen superficiel, et que l'on distingue parfaitement [en] examinant avec attention les piliers du voile du palais et la luette, qui semblent [en] être les siéges de prédilection. »

Dans cette forme, nous trouvons quelque chose de particulier ; car si l'on pe[ut] rapporter à l'aspect vésiculaire signalé dans quelques cas de *pharyngite chroniq[ue]* [illegible] cet état de la muqueuse qui la fait paraître soulevée par un liquide, on [ne] peut s'empêcher de reconnaître, dans l'état actuel de la science du moins, que [les] fragments de disque à forme arrondie appartiennent en propre à la pharyngi[te] chronique syphilitique.

Quatrième forme. Une dernière forme, qu'on peut regarder comme une exag[é]ration de la précédente, est encore signalée par M. Cazenave ; mais elle a bien pl[us] fréquemment pour siége les parois de la bouche et la surface de la langue que [le] pharynx. Voici comment elle est décrite par l'auteur auquel j'emprunte ces détail[s] : « Enfin, chez quelques malades, les *plaques* de la muqueuse sont plus saillante[s] ; il semble que ce soit une pseudo-membrane toujours en *forme d'anneau*, à bor[ds] larges, à centre sain. Cette éruption se présente sous forme de *disques* tout à fa[it] blancs et épais. Les anneaux ont d'ailleurs une étendue très variable, suivant le[ur] siége. »

Pour achever de faire connaître ce que l'observation a appris à ce sujet [à] M. Cazenave, je termine par la citation suivante : « Ces diverses variétés de l'in[]flammation de la muqueuse de l'arrière-bouche existent le plus souvent à l'ét[at] secondaire. Elles accompagnent presque toujours une *syphilide*, sans qu'il y a[it] d'ailleurs de rapports fixes et absolus entre elles et telle ou telle forme des érup[]tions vénériennes. »

Tous ces détails m'ont paru intéressants à connaître, attendu que le praticien q[ui] peut avoir à se prononcer sur la nature d'une pharyngite chronique doit ten[ir] compte des moindres nuances et de toutes les circonstances. C'est surtout dan[s]

l'état local qu'il puisera les éléments de son *diagnostic*, et c'est pourquoi je ne décrirai pas les autres symptômes, qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pharyngite chronique simple.

Quant au *traitement*, sauf les *fumigations narcotiques*, et quelquefois *excitantes*, il ne diffère pas de celui qui est mis en usage dans la *pharyngite syphilitique ulcéreuse* dont je ferai plus loin l'histoire, et à laquelle il suffit de renvoyer le lecteur.

ARTICLE V.

PHARYNGITE PULTACÉE.

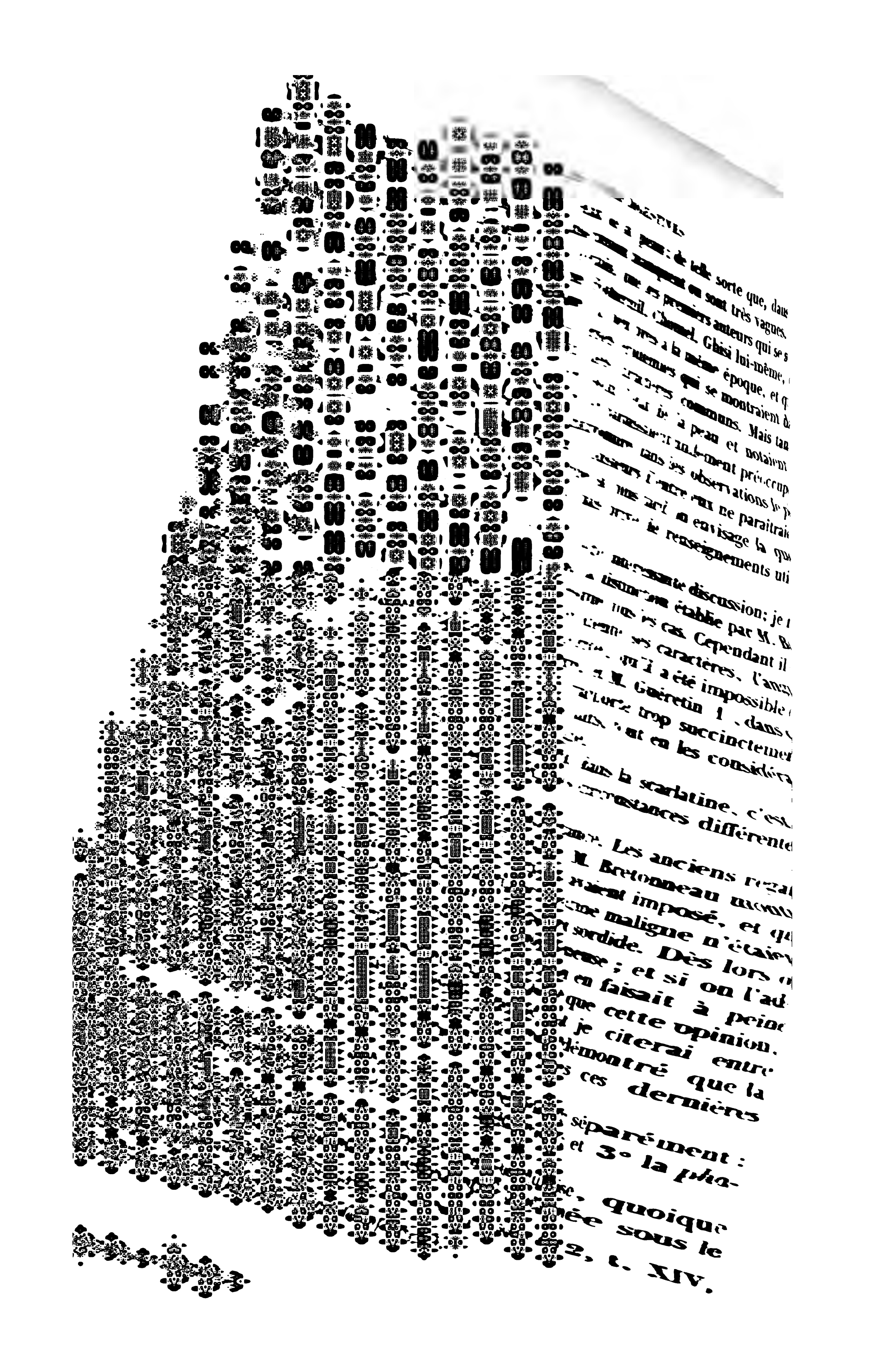
Il existe une très grande confusion dans les auteurs anciens au sujet des angines qui sont remarquables par leur violence, par l'apparition de divers produits morbides, ou par la nature gangréneuse de l'inflammation. Ces affections ont été réunies dans les descriptions générales, sous le nom d'*angine maligne*, et il est extrêmement difficile de reconnaître ce qui appartient à chacune d'elles. C'est, comme je l'ai dit dans l'article *Croup* (voy. t. Ier), M. Bretonneau qui a le premier porté un diagnostic précis sur ces maladies dans lesquelles les points de ressemblance sont si nombreux; aussi, depuis l'apparition de son ouvrage (1) leur histoire a-t-elle acquis un haut degré de clarté. Mais en revanche, et par un excès opposé à celui dans lequel les anciens étaient tombés, on n'a plus voulu admettre dans l'immense majorité des cas qu'une seule espèce d'angine maligne : celle qui est caractérisée par la production membraneuse diphthéritique. Voyons à cet égard ce que nous apprennent les faits.

En parcourant attentivement les principaux traités sur ce sujet : Ghisi (2), Huxham (3), Chomel (4), Fothergill (5), Samuel Bard (6), on voit que ces auteurs ont traité de deux maladies qui, dans presque tous les cas, présentent des différences remarquables, et c'est ce qui a autorisé M. Bretonneau à distinguer deux espèces d'angines avec productions pseudo-membraneuses : l'une qui se montre dans le cours de la scarlatine; l'autre qui apparaît avec ou sans éruption de la peau. C'est à la dernière qu'il a donné exclusivement le nom d'*angine diphthéritique*.

Il est assez difficile de se prononcer sur cette question, en ne consultant que les auteurs anciens. On voit bien, il est vrai, dans le mémoire d'Huxham, que quelques signes du *croup* se montraient dans certains cas, et l'on sait que c'est l'un des caractères propres à la diphthérite de se porter vers le larynx, de manière à produire cette dernière affection; mais ces symptômes étaient peu marqués, et d'un autre côté Huxham lui-même remarque que le cri aigu et glapissant des angines suffocantes manquait même dans les cas où la respiration était le plus altérée.

Ghisi, dans son mémoire, où l'on cherche en vain une foule de détails impor-

(1) *Traité de la diphthérite*, 1826.
(2) *Lettere mediche*. Cremona, 1749, t. II.
(3) *A diss. on the malig. ulcer. sore throat*. London, 1757.
(4) *Diss. hist. sur l'espèce de mal de gorge gangr.*, etc. Paris, 1759.
(5) *Descrip. du mal de gorge accomp. d'ulcère*, etc., trad. de la Chapelle. Paris, 1789.
(6) *Rech. sur la nat. la cause et le trait. du croup ou angine suffoc.*, trad. par Ruette. Paris, 1810.



sorte que, dans
sont très vagues.
premiers auteurs qui se s
Ghisi lui-même,
à la même époque, et q
qui se montraient d
communs. Mais tan
la peau et notaient
préoccup
dans ses observations le p
ne paraîtrai
on envisage la qu
le renseignements uti
intéressante discussion; je
établie par M. B
Cependant il
ses caractères. L'ang
qu'il a été impossible
M. Guérétin, dans
trop succinctemen
en les considéra
dans la scarlatine, c'est
circonstances différente
Les anciens regar
M. Bretonneau
imposé, et qu
maligne n'étaien
sordide. Dès lors
; et si on l'ad
en faisait à pein
que cette opinion.
je citerai entre
démontré que la
ces dernières
séparément :
et 3° la pha-
quoique
née sous le
2, t. XIV.

om d'*angine couenneuse commune* (1). Mais si l'on examine attentivement la rte description qu'il en donne, et si l'on étudie les faits, on voit que rien n'autorise à établir une semblable distinction, et que l'angine couenneuse commune est autre chose que la diphthérite à un faible degré d'intensité. MM. Rilliet et rthez pensent que la véritable diphthérite, qui ne peut se distinguer au début de ngine couenneuse commune, devient distincte plus tard. Mais cette distinction, 'étant encore fondée que sur le peu de gravité de cette dernière affection, n'a pas importance réelle.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que nous n'avons pas à nous étendre longuement sur la description de l'angine pultacée, dont il est principalement question ns cet article. C'est en effet, dans l'immense majorité des cas, une *affection condaire* sous la dépendance de la maladie principale : la scarlatine. Cependant, mme cette affection secondaire peut prendre un accroissement très considérable exiger des soins tout particuliers, je vais en dire un mot, afin que le médecin ait en présentes à l'esprit des particularités qui sont importantes dans la pratique.

Causes. Les auteurs des siècles passés ont recherché dans les diverses *conditions mosphériques*, quelles pouvaient être les causes de ces *épidémies* graves dans quelles apparaît la pharyngite pultacée. Presque tous s'accordent à dire qu'une *mpérature froide* et *humide* qui a persisté longtemps paraît être la condition incipale dans laquelle ces épidémies ont sévi. Néanmoins il y a de très grandes riations dans les résultats météorologiques présentés par ces auteurs. Je ne les iquerai pas ici, car la discussion m'entraînerait beaucoup trop loin, et ne me nduirait à aucun résultat utile. Ce que nous savons de positif, c'est que la maladie t presque toujours un symptôme d'*une fièvre éruptive, et principalement de la rlatine.*

Symptômes. Dans le cours d'une maladie éruptive, quelquefois assez obscure, voit survenir un mal de gorge qui s'annonce d'abord par la *gêne de la déglutition* et par une *rougeur vive* des parties. La maladie, dans les cas graves dont il t exclusivement question ici, fait rapidement des progrès. Les amygdales, *considérablement gonflées*, se couvrent d'une *exsudation épaisse*, d'un blanc mat, elquefois sale. Il est facile de la rayer avec l'ongle ou un stylet mousse. Les ganlions cervicaux s'engorgent ; il y a une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements de la mâchoire ; l'*haleine est fétide ;* puis tous ces symptômes augmentent rapidement, à tel point que la déglutition peut devenir impossible ; qu'il y a *rejet des boissons par le nez*, et que la *voix* est altérée, nasillarde.

On peut en même temps observer des troubles intestinaux intenses, tels que s vomissements et une diarrhée opiniâtre. D'un autre côté, la *respiration* est ien loin d'être gênée comme dans les maladies du larynx. Suivant M. Bretonneau la *dyspnée est toute gutturale*, c'est-à-dire qu'elle dépend de l'oblitération lus ou moins considérable de l'isthme du gosier. Enfin on trouve, du côté de la irculation et de l'innervation, les troubles profonds qui appartiennent en propre à la scarlatine.

Marche ; durée ; terminaison. La *marche* de cette affection n'est pas entièrement subordonnée à celle de la maladie principale. Dans l'épidémie qui a été observée

(1) *Loc. cit.*, p. 373.

tants, ne fait nullement mention de l'état de la peau ; de telle sorte que, dan travail, la plupart des éléments de la discussion manquent ou sont très vagues. regrette d'autant plus cette absence de détails, que les premiers auteurs qui se spécialement occupés de ce sujet, tels que Fothergill, Chomel, Ghisi lui-même, observé la maladie sous forme épidémique, à peu près à la même époque, et q eût été très important de savoir si les diverses épidémies qui se montraient d des pays éloignés les uns des autres avaient des caractères communs. Mais ta que Fothergill et Huxham examinaient avec soin l'état de la peau et notaient diverses éruptions, les autres, je le répète, n'en paraissaient nullement préoccu C'est une preuve nouvelle de la nécessité d'introduire dans les observations le grand nombre de détails possible, quand même plusieurs d'entre eux ne paraîtra pas avoir actuellement de portée réelle, afin que si plus tard on envisage la qu tion sous un nouveau point de vue, on ne soit pas privé de renseignements ut sur les points les plus importants.

Je ne peux m'étendre plus longuement ici sur cette intéressante discussion; je borne à constater que, d'après ces considérations, la distinction établie par M. B tonneau doit être regardée comme fondée dans presque tous les cas. Cependant il est quelques uns où, sans perdre d'une manière évidente ses caractères, l'ang scarlatineuse a tellement pris l'aspect de la diphthérite, qu'il a été impossible les distinguer. Guersant a observé un cas de ce genre, et M. Guéretin (1), dans dernières années, en a cité un autre qui, quoique rapporté trop succincteme ne laisse guère de doute. Il faut tenir compte de ces faits, tout en les considér comme des exceptions qui ne sauraient détruire la règle.

Il existe donc une angine qui se montre spécialement dans la scarlatine, c'est *pharyngite pultacée*, et une angine qui apparaît dans des circonstances différent c'est la *pharyngite couenneuse ou diphthéritique*.

Mais il est une autre question qui n'est pas sans importance. Les anciens rega daient toutes les angines comme de nature gangréneuse. M. Bretonneau mont que l'aspect des parties et la violence de la maladie leur en avaient imposé, et q ces prétendus ulcères de nature gangréneuse constituant l'angine maligne n'étaie autre chose que des productions membraniformes d'un aspect sordide. Dès lors eut de la peine à admettre l'existence de la pharyngite gangréneuse ; et si on l'ad mit, ce fut dans quelques cas tellement exceptionnels, qu'on en faisait à pein mention. Mais des recherches plus récentes sont venues prouver que cette opinion quoique plus conforme aux faits, était néanmoins exagérée, et je citerai entr autres les observations de MM. Rilliet et Barthez (2), qui ont démontré que l pharyngite gangréneuse était moins rare qu'on ne le pensait dans ces dernière années.

En résumé, je crois, d'après ce qui précède, qu'on doit examiner séparément : 1° la *pharyngite pultacée ;* 2° la *pharyngite couenneuse* (diphthérite); et 3° la *pha ryngite gangréneuse.*

Il est encore une pharyngite particulière, dont l'existence est admise, quoiqu avec une certaine réserve, par M. Bretonneau : c'est celle qu'il a désignée sous le

(1) *Mém. sur une épid. d'angine scarl.* (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, 1842, t. XIV. p. 280).
(2) *Arch. gén. de méd.*, et *Traité des malad. des enfants*, t. I.

nom d'*angine couenneuse commune* (1). Mais si l'on examine attentivement la courte description qu'il en donne, et si l'on étudie les faits, on voit que rien n'autorise à établir une semblable distinction, et que l'angine couenneuse commune n'est autre chose que la diphthérite à un faible degré d'intensité. MM. Rilliet et Barthez pensent que la véritable diphthérite, qui ne peut se distinguer au début de l'angine couenneuse commune, devient distincte plus tard. Mais cette distinction, n'étant encore fondée que sur le peu de gravité de cette dernière affection, n'a pas d'importance réelle.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que nous n'avons pas à nous étendre longuement sur la description de l'angine pultacée, dont il est principalement question dans cet article. C'est en effet, dans l'immense majorité des cas, une *affection secondaire* sous la dépendance de la maladie principale : la scarlatine. Cependant, comme cette affection secondaire peut prendre un accroissement très considérable et exiger des soins tout particuliers, je vais en dire un mot, afin que le médecin ait bien présentes à l'esprit des particularités qui sont importantes dans la pratique.

Causes. Les auteurs des siècles passés ont recherché dans les diverses *conditions atmosphériques*, quelles pouvaient être les causes de ces *épidémies* graves dans lesquelles apparaît la pharyngite pultacée. Presque tous s'accordent à dire qu'une *température froide* et *humide* qui a persisté longtemps paraît être la condition principale dans laquelle ces épidémies ont sévi. Néanmoins il y a de très grandes variations dans les résultats météorologiques présentés par ces auteurs. Je ne les indiquerai pas ici, car la discussion m'entraînerait beaucoup trop loin, et ne me conduirait à aucun résultat utile. Ce que nous savons de positif, c'est que la maladie est presque toujours un symptôme d'*une fièvre éruptive, et principalement de la scarlatine*.

Symptômes. Dans le cours d'une maladie éruptive, quelquefois assez obscure, on voit survenir un mal de gorge qui s'annonce d'abord par la *gêne de la déglutition* et par une *rougeur vive* des parties. La maladie, dans les cas graves dont il est exclusivement question ici, fait rapidement des progrès. Les amygdales, *considérablement gonflées*, se couvrent d'une *exsudation épaisse*, d'un blanc mat, quelquefois sale. Il est facile de la rayer avec l'ongle ou un stylet mousse. Les ganglions cervicaux s'engorgent ; il y a une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements de la mâchoire ; l'*haleine est fétide ;* puis tous ces symptômes augmentent rapidement, à tel point que la déglutition peut devenir impossible ; qu'il y a *rejet des boissons par le nez*, et que la *voix* est altérée, nasillarde.

On peut en même temps observer des troubles intestinaux intenses, tels que les vomissements et une diarrhée opiniâtre. D'un autre côté, la *respiration* est bien loin d'être gênée comme dans les maladies du larynx. Suivant M. Bretonneau la *dyspnée est toute gutturale*, c'est-à-dire qu'elle dépend de l'oblitération plus ou moins considérable de l'isthme du gosier. Enfin on trouve, du côté de la circulation et de l'innervation, les troubles profonds qui appartiennent en propre à la scarlatine.

Marche ; durée ; terminaison. La *marche* de cette affection n'est pas entièrement subordonnée à celle de la maladie principale. Dans l'épidémie qui a été observée

(1) *Loc. cit.*, p. 373.

par Huxham, le mal de gorge survenait presque en même temps que l'invasion la scarlatine.

La *durée* varie suivant l'intensité de l'affection. Lorsque la mort survient, c durée peut être très courte. Les malades succombent en même temps aux pro de la pharyngite, à la suffocation qu'elle occasionne, et à la scarlatine, qui a q quefois un très mauvais caractère.

La *terminaison* est assez souvent fatale dans les cas graves dont je viens de pa et surtout dans certaines épidémies. Toutefois cette mortalité est bien moins gra que celle de la pharyngite couenneuse ou diphthérite ; nous en verrons plus la raison. Lorsque la maladie se termine par la guérison, la *convalescence* est l gue, et il reste longtemps un embarras local.

Lésions anatomiques. L'existence de la production morbide précédemm décrite ; des ulcérations superficielles de la muqueuse, cachées pendant la vie l'exsudation, et que M. Bretonneau a seul signalées ; le gonflement des amygd et des ganglions sous-maxillaires, leur ramollissement, quelquefois leur suppu tion ; l'extension des désordres à l'œsophage, et l'intégrité presque constant larynx, tels sont, en peu de mots, les caractères anatomiques de cette affect C'est cette intégrité du larynx qui rend la mortalité de la pharyngite scarlatine si faible en comparaison de celle que l'on constate dans la véritable pharyn couenneuse, où les voies aériennes sont si facilement envahies. Cependant n avons vu plus haut qu'il y avait quelques exceptions à cet égard.

Diagnostic. Je me contenterai de signaler les différences qui existent en cette pharyngite et la *diphthérite.* Nous avons d'abord pour nous guider symptômes généraux propres à la scarlatine, ainsi que l'éruption. Les symptôm généraux sont toujours plus ou moins violents ; l'agitation, des troubles dig tifs, l'accélération de la circulation, n'ont jamais manqué dans les cas où pharyngite a été intense ; mais il n'en est pas de même de l'éruption. D le cours des épidémies scarlatineuses, on a vu quelquefois les symptômes gén raux se montrer avec une éruption très peu distincte, très irrégulière, com dans le cas cité par M. Guéretin, ou même sans traces d'éruption. Alors, ou les signes que je vais exposer plus loin, il faut rechercher avec soin l'existence la *desquamation.* Celle-ci, qui se fait par plaques plus ou moins larges, a eu lie en effet, non seulement dans les éruptions incomplètes ; mais encore, dans des c où l'éruption avait manqué, comme M. Grisolle en a cité un exemple. Cette ci constance suffit pour faire reconnaître le caractère de la pharyngite pultacée ; m comme la desquamation n'apparaît qu'à une époque où la pharyngite peut avo fait de grands progrès, il est bon d'avoir d'autres signes pour se guider. Voici que sont les caractères différentiels les plus remarquables, d'après M. Bretonneau :

Dans la pharyngite scarlatineuse, les amygdales sont plutôt enduites par l'exsu dation que recouvertes de pellicules membraniformes ; on sait que le contraire lieu dans la *pharyngite diphthéritique.* L'exsudation de la pharyngite scarlatineus se montre après l'apparition d'une rougeur très vive, couleur jus de fraise, qu recouvre la muqueuse pharyngienne ; dans la pharyngite diphthéritique, la rou geur sur laquelle se développe la fausse membrane est simplement inflammatoire. L'exsudation de la première est blanche, opaque, caséiforme, et se laisse facile ment sillonner, comme je l'ai dit plus haut ; la fausse membrane diphthéritique

est grisâtre, et tenace au point de ne pas recevoir facilement l'empreinte des corps durs qui la sillonnent. Au lieu de commencer sur les amygdales, pour s'étendre ensuite au delà, comme la pharyngite diphthéritique, la pharyngite scarlatineuse envahit simultanément toute la cavité de l'arrière-bouche et celle des narines : Huxham, Fothergill et tous les auteurs qui ont observé attentivement cette pharyngite, ont en effet noté, dès les premiers jours, l'inflammation spécifique et l'écoulement fétide des narines. Enfin, le fait le plus important, c'est que la pharyngite scarlatineuse n'a point, comme la véritable diphthérite, une tendance extrême à envahir les voies respiratoires, et qu'au contraire elle tend à prendre de l'extension dans les voies digestives.

Telle est la description succincte que j'ai cru devoir présenter de cette affection, dont se sont particulièrement occupés des auteurs aussi célèbres que Huxham et Fothergill, qui la regardaient comme la maladie principale. Nous, au contraire, à qui les recherches plus précises de ces derniers temps ont appris qu'elle n'est autre chose qu'une conséquence de la maladie éruptive, nous ne devons pas y attacher une aussi grande importance, tout en reconnaissant sa gravité. Aussi n'ai-je point tracé le tableau de tous ces symptômes violents qui ont fixé l'attention des auteurs que je viens de citer, et qui appartiennent non à la pharyngite, mais à la scarlatine elle-même.

Traitement. Le *traitement* doit nous arrêter un peu plus longtemps, attendu que c'est sous le point de vue thérapeutique que cette pharyngite intéresse spécialement le praticien. Il est assez difficile de distinguer les moyens qui ont été dirigés contre la pharyngite elle-même de ceux qu'on a employés contre la maladie principale, c'est-à-dire l'exanthème fébrile. Cette réflexion toutefois ne s'adressant pas évidemment au *traitement local*, c'est par lui que je vais commencer. Je me contenterai ensuite de dire un mot du traitement dirigé contre les symptômes généraux.

Traitement local. Suivant M. Bretonneau (1), une légère solution d'*acétate de plomb* dissipe l'inflammation douloureuse du pharynx, et accélère la cicatrisation des ulcérations couenneuses qui, suivant lui, occupent souvent les tonsilles pendant le premier septénaire de cette pharyngite. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Acétate de plomb cristallisé.	0,50 gram.	Alcool.	16 gram.
Vinaigre distillé	8 gram.	Eau commune	120 gram.

Pour savoir au juste quelle est l'efficacité d'un pareil remède, il faudrait tenir compte de la gravité du mal, et rechercher avec soin les effets immédiats du médicament. Avant M. Bretonneau, Boucher (2), Vogel et Hamilton (3), avaient employé l'acétate de plomb dans des circonstances semblables.

Ce sont toujours les *astringents*, les *acides*, les *excitants* violents qui ont été appliqués localement dans cette maladie. Le docteur Barth (4) a conseillé l'usage d'un gargarisme avec l'*acide pyroligneux*, dont voici la composition :

(1) *Loc. cit.*, p. 260.
(2) *Journ. de méd.*, 1758.
(3) *Inq. for the treat. of the princ. diseases of infancy*, etc. Edinburg, 1825.
(4) *Rust's Mag. für die gesammte Heilkunde*, vol. XXVII.

plus de sécheresse peut-être, la rougeur sous forme de bandes, l'aspect luisant de la muqueuse, sont les principales nuances que nous devons signaler. Il en résulte que si l'on n'avait pas pour se guider d'autres symptômes, tels que ceux qui appartiennent aux diverses syphilides, et si l'on manquait de renseignements, on pourrait être embarrassé dans le diagnostic. Toutefois, si l'on réfléchit que la pharyngite chronique un peu intense et occupant une grande étendue est très souvent produite par le virus syphilitique, on aura une raison de plus pour croire à la spécificité de la maladie.

Deuxième forme (*granuleuse*). « Quelquefois, dit encore M. Cazenave, la muqueuse, surtout à la paroi postérieure du pharynx, se recouvre de *petites tumeurs* comme granuleuses tout à fait indolentes, ne dépassant pas le volume d'un petit pois et à forme arrondie. Ces tumeurs viennent encore ajouter par leur présence aux difficultés de la déglutition. »

Troisième forme. Voici encore une autre forme signalée par M. Cazenave : « Dans d'autres circonstances, analogues d'ailleurs, dit-il, la muqueuse ne présente pas seulement l'injection caractéristique, mais il semble qu'elle soit soulevée légèrement dans quelques points par un liquide qui lui fait perdre sa transparence. Il en résulte de *petits disques* ou plutôt des portions de disque, chose remarquable, toujours très exactement arrondis, où la muqueuse offre une teinte opaline qui pourrait échapper à un examen superficiel, et que l'on distingue parfaitement en examinant avec attention les piliers du voile du palais et la luette, qui semblent en être les siéges de prédilection. »

Dans cette forme, nous trouvons quelque chose de particulier ; car si l'on peut rapporter à l'aspect vésiculaire signalé dans quelques cas de *pharyngite chronique simple* cet état de la muqueuse qui la fait paraître soulevée par un liquide, on ne peut s'empêcher de reconnaître, dans l'état actuel de la science du moins, que les fragments de disque à forme arrondie appartiennent en propre à la pharyngite chronique syphilitique.

Quatrième forme. Une dernière forme, qu'on peut regarder comme une exagération de la précédente, est encore signalée par M. Cazenave ; mais elle a bien plus fréquemment pour siége les parois de la bouche et la surface de la langue que le pharynx. Voici comment elle est décrite par l'auteur auquel j'emprunte ces détails : « Enfin, chez quelques malades, les *plaques* de la muqueuse sont plus saillantes ; il semble que ce soit une pseudo-membrane toujours en *forme d'anneau*, à bords larges, à centre sain. Cette éruption se présente sous forme de *disques* tout à fait blancs et épais. Les anneaux ont d'ailleurs une étendue très variable, suivant leur siége. »

Pour achever de faire connaître ce que l'observation a appris à ce sujet à M. Cazenave, je termine par la citation suivante : « Ces diverses variétés de l'inflammation de la muqueuse de l'arrière-bouche existent le plus souvent à l'état secondaire. Elles accompagnent presque toujours une *syphilide*, sans qu'il y ait d'ailleurs de rapports fixes et absolus entre elles et telle ou telle forme des éruptions vénériennes. »

Tous ces détails m'ont paru intéressants à connaître, attendu que le praticien qui peut avoir à se prononcer sur la nature d'une pharyngite chronique doit tenir compte des moindres nuances et de toutes les circonstances. C'est surtout dans

l'état local qu'il puisera les éléments de son *diagnostic*, et c'est pourquoi je ne décrirai pas les autres symptômes, qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux de la pharyngite chronique simple.

Quant au *traitement*, sauf les *fumigations narcotiques*, et quelquefois *excitantes*, il ne diffère pas de celui qui est mis en usage dans la *pharyngite syphilitique ulcéreuse* dont je ferai plus loin l'histoire, et à laquelle il suffit de renvoyer le lecteur.

ARTICLE V.

PHARYNGITE PULTACÉE.

Il existe une très grande confusion dans les auteurs anciens au sujet des angines qui sont remarquables par leur violence, par l'apparition de divers produits morbides, ou par la nature gangréneuse de l'inflammation. Ces affections ont été réunies dans les descriptions générales, sous le nom d'*angine maligne*, et il est extrêmement difficile de reconnaître ce qui appartient à chacune d'elles. C'est, comme je l'ai dit dans l'article *Croup* (voy. t. Ier), M. Bretonneau qui a le premier porté un diagnostic précis sur ces maladies dans lesquelles les points de ressemblance sont si nombreux ; aussi, depuis l'apparition de son ouvrage (1) leur histoire a-t-elle acquis un haut degré de clarté. Mais en revanche, et par un excès opposé à celui dans lequel les anciens étaient tombés, on n'a plus voulu admettre dans l'immense majorité des cas qu'une seule espèce d'angine maligne : celle qui est caractérisée par la production membraneuse diphthéritique. Voyons à cet égard ce que nous apprennent les faits.

En parcourant attentivement les principaux traités sur ce sujet : Ghisi (2), Huxham (3), Chomel (4), Fothergill (5), Samuel Bard (6), on voit que ces auteurs ont traité de deux maladies qui, dans presque tous les cas, présentent des différences remarquables, et c'est ce qui a autorisé M. Bretonneau à distinguer deux espèces d'angines avec productions pseudo-membraneuses : l'une qui se montre dans le cours de la scarlatine ; l'autre qui apparaît avec ou sans éruption de la peau. C'est à la dernière qu'il a donné exclusivement le nom d'*angine diphthéritique*.

Il est assez difficile de se prononcer sur cette question, en ne consultant que les auteurs anciens. On voit bien, il est vrai, dans le mémoire d'Huxham, que quelques signes du *croup* se montraient dans certains cas, et l'on sait que c'est l'un des caractères propres à la diphthérite de se porter vers le larynx, de manière à produire cette dernière affection ; mais ces symptômes étaient peu marqués, et d'un autre côté Huxham lui-même remarque que le cri aigu et glapissant des angines suffocantes manquait même dans les cas où la respiration était le plus altérée.

Ghisi, dans son mémoire, où l'on cherche en vain une foule de détails impor-

(1) *Traité de la diphthérite*, 1826.
(2) *Lettere mediche*. Cremona, 1749, t. II.
(3) *A diss. on the malig. ulcer. sore throat*. London, 1757.
(4) *Diss. hist. sur l'espèce de mal de gorge gangr.*, etc. Paris, 1759.
(5) *Descrip. du mal de gorge accomp. d'ulcère*, etc., trad. de la Chapelle. Paris, 1789.
(6) *Rech. sur la nat. la cause et le trait. du croup ou angine suffoc.*, trad. par Ruette. Paris, 1810.

tants, ne fait nullement mention de l'état de la peau; de telle sorte que, dans ce travail, la plupart des éléments de la discussion manquent ou sont très vagues. On regrette d'autant plus cette absence de détails, que les premiers auteurs qui se sont spécialement occupés de ce sujet, tels que Fothergill, Chomel, Ghisi lui-même, ont observé la maladie sous forme épidémique, à peu près à la même époque, et qu'il eût été très important de savoir si les diverses épidémies qui se montraient dans des pays éloignés les uns des autres avaient des caractères communs. Mais tandis que Fothergill et Huxham examinaient avec soin l'état de la peau et notaient les diverses éruptions, les autres, je le répète, n'en paraissaient nullement préoccupés. C'est une preuve nouvelle de la nécessité d'introduire dans les observations le plus grand nombre de détails possible, quand même plusieurs d'entre eux ne paraîtraient pas avoir actuellement de portée réelle, afin que si plus tard on envisage la question sous un nouveau point de vue, on ne soit pas privé de renseignements utiles sur les points les plus importants.

Je ne peux m'étendre plus longuement ici sur cette intéressante discussion; je me borne à constater que, d'après ces considérations, la distinction établie par M. Bretonneau doit être regardée comme fondée dans presque tous les cas. Cependant il en est quelques uns où, sans perdre d'une manière évidente ses caractères, l'angine scarlatineuse a tellement pris l'aspect de la diphthérite, qu'il a été impossible de les distinguer. Guersant a observé un cas de ce genre, et M. Guéretin (1), dans ces dernières années, en a cité un autre qui, quoique rapporté trop succinctement, ne laisse guère de doute. Il faut tenir compte de ces faits, tout en les considérant comme des exceptions qui ne sauraient détruire la règle.

Il existe donc une angine qui se montre spécialement dans la scarlatine, c'est la *pharyngite pultacée*, et une angine qui apparaît dans des circonstances différentes, c'est la *pharyngite couenneuse ou diphthéritique*.

Mais il est une autre question qui n'est pas sans importance. Les anciens regardaient toutes les angines comme de nature gangréneuse. M. Bretonneau montra que l'aspect des parties et la violence de la maladie leur en avaient imposé, et que ces prétendus ulcères de nature gangréneuse constituant l'angine maligne n'étaient autre chose que des productions membraniformes d'un aspect sordide. Dès lors on eut de la peine à admettre l'existence de la pharyngite gangréneuse ; et si on l'admit, ce fut dans quelques cas tellement exceptionnels, qu'on en faisait à peine mention. Mais des recherches plus récentes sont venues prouver que cette opinion, quoique plus conforme aux faits, était néanmoins exagérée, et je citerai entre autres les observations de MM. Rilliet et Barthez (2), qui ont démontré que la pharyngite gangréneuse était moins rare qu'on ne le pensait dans ces dernières années.

En résumé, je crois, d'après ce qui précède, qu'on doit examiner séparément : 1° la *pharyngite pultacée ;* 2° la *pharyngite couenneuse* (diphthérite); et 3° la *pharyngite gangréneuse.*

Il est encore une pharyngite particulière, dont l'existence est admise, quoique avec une certaine réserve, par M. Bretonneau : c'est celle qu'il a désignée sous le

(1) *Mém. sur une épid. d'angine scarl.* (*Arch. gén. de méd.*, 2° série, 1842, t. XIV, p. 280).

(2) *Arch. gén. de méd.*, et *Traité des malad. des enfants*, t. I.

nom d'*angine couenneuse commune* (1). Mais si l'on examine attentivement la courte description qu'il en donne, et si l'on étudie les faits, on voit que rien n'autorise à établir une semblable distinction, et que l'angine couenneuse commune n'est autre chose que la diphthérite à un faible degré d'intensité. MM. Rilliet et Barthez pensent que la véritable diphthérite, qui ne peut se distinguer au début de l'angine couenneuse commune, devient distincte plus tard. Mais cette distinction, n'étant encore fondée que sur le peu de gravité de cette dernière affection, n'a pas d'importance réelle.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que nous n'avons pas à nous étendre longuement sur la description de l'angine pultacée, dont il est principalement question dans cet article. C'est en effet, dans l'immense majorité des cas, une *affection secondaire* sous la dépendance de la maladie principale : la scarlatine. Cependant, comme cette affection secondaire peut prendre un accroissement très considérable et exiger des soins tout particuliers, je vais en dire un mot, afin que le médecin ait bien présentes à l'esprit des particularités qui sont importantes dans la pratique.

Causes. Les auteurs des siècles passés ont recherché dans les diverses *conditions atmosphériques*, quelles pouvaient être les causes de ces *épidémies* graves dans lesquelles apparaît la pharyngite pultacée. Presque tous s'accordent à dire qu'une *température froide* et *humide* qui a persisté longtemps paraît être la condition principale dans laquelle ces épidémies ont sévi. Néanmoins il y a de très grandes variations dans les résultats météorologiques présentés par ces auteurs. Je ne les indiquerai pas ici, car la discussion m'entraînerait beaucoup trop loin, et ne me conduirait à aucun résultat utile. Ce que nous savons de positif, c'est que la maladie est presque toujours un symptôme d'*une fièvre éruptive, et principalement de la scarlatine.*

Symptômes. Dans le cours d'une maladie éruptive, quelquefois assez obscure, on voit survenir un mal de gorge qui s'annonce d'abord par la *gêne de la déglutition* et par une *rougeur vive* des parties. La maladie, dans les cas graves dont il est exclusivement question ici, fait rapidement des progrès. Les amygdales, *considérablement gonflées*, se couvrent d'une *exsudation épaisse*, d'un blanc mat, quelquefois sale. Il est facile de la rayer avec l'ongle ou un stylet mousse. Les ganglions cervicaux s'engorgent ; il y a une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements de la mâchoire ; l'*haleine est fétide ;* puis tous ces symptômes augmentent rapidement, à tel point que la déglutition peut devenir impossible ; qu'il y a *rejet des boissons par le nez*, et que la *voix* est altérée, nasillarde.

On peut en même temps observer des troubles intestinaux intenses, tels que les vomissements et une diarrhée opiniâtre. D'un autre côté, la *respiration* est bien loin d'être gênée comme dans les maladies du larynx. Suivant M. Bretonneau la *dyspnée est toute gutturale*, c'est-à-dire qu'elle dépend de l'oblitération plus ou moins considérable de l'isthme du gosier. Enfin on trouve, du côté de la circulation et de l'innervation, les troubles profonds qui appartiennent en propre à la scarlatine.

Marche ; durée ; terminaison. La *marche* de cette affection n'est pas entièrement subordonnée à celle de la maladie principale. Dans l'épidémie qui a été observée

(1) *Loc. cit.*, p. 373.

par Huxham, le mal de gorge survenait presque en même temps que l'invasion de la scarlatine.

La *durée* varie suivant l'intensité de l'affection. Lorsque la mort survient, cette durée peut être très courte. Les malades succombent en même temps aux progrès de la pharyngite, à la suffocation qu'elle occasionne, et à la scarlatine, qui a quelquefois un très mauvais caractère.

La *terminaison* est assez souvent fatale dans les cas graves dont je viens de parler, et surtout dans certaines épidémies. Toutefois cette mortalité est bien moins grande que celle de la pharyngite couenneuse ou diphthérite; nous en verrons plus loin la raison. Lorsque la maladie se termine par la guérison, la *convalescence* est longue, et il reste longtemps un embarras local.

Lésions anatomiques. L'existence de la production morbide précédemment décrite; des ulcérations superficielles de la muqueuse, cachées pendant la vie par l'exsudation, et que M. Bretonneau a seul signalées; le gonflement des amygdales et des ganglions sous-maxillaires, leur ramollissement, quelquefois leur suppuration; l'extension des désordres à l'œsophage, et l'intégrité presque constante du larynx, tels sont, en peu de mots, les caractères anatomiques de cette affection. C'est cette intégrité du larynx qui rend la mortalité de la pharyngite scarlatineuse si faible en comparaison de celle que l'on constate dans la véritable pharyngite couenneuse, où les voies aériennes sont si facilement envahies. Cependant nous avons vu plus haut qu'il y avait quelques exceptions à cet égard.

Diagnostic. Je me contenterai de signaler les différences qui existent entre cette pharyngite et la *diphthérite.* Nous avons d'abord pour nous guider les symptômes généraux propres à la scarlatine, ainsi que l'éruption. Les symptômes généraux sont toujours plus ou moins violents; l'agitation, des troubles digestifs, l'accélération de la circulation, n'ont jamais manqué dans les cas où la pharyngite a été intense; mais il n'en est pas de même de l'éruption. Dans le cours des épidémies scarlatineuses, on a vu quelquefois les symptômes généraux se montrer avec une éruption très peu distincte, très irrégulière, comme dans le cas cité par M. Guéretin, ou même sans traces d'éruption. Alors, outre les signes que je vais exposer plus loin, il faut rechercher avec soin l'existence de la *desquamation.* Celle-ci, qui se fait par plaques plus ou moins larges, a eu lieu, en effet, non seulement dans les éruptions incomplètes; mais encore, dans des cas où l'éruption avait manqué, comme M. Grisolle en a cité un exemple. Cette circonstance suffit pour faire reconnaître le caractère de la pharyngite pultacée; mais comme la desquamation n'apparaît qu'à une époque où la pharyngite peut avoir fait de grands progrès, il est bon d'avoir d'autres signes pour se guider. Voici quels sont les caractères différentiels les plus remarquables, d'après M. Bretonneau :

Dans la pharyngite scarlatineuse, les amygdales sont plutôt enduites par l'exsudation que recouvertes de pellicules membraniformes; on sait que le contraire a lieu dans la *pharyngite diphthéritique.* L'exsudation de la pharyngite scarlatineuse se montre après l'apparition d'une rougeur très vive, couleur jus de fraise, qui recouvre la muqueuse pharyngienne; dans la pharyngite diphthéritique, la rougeur sur laquelle se développe la fausse membrane est simplement inflammatoire. L'exsudation de la première est blanche, opaque, caséiforme, et se laisse facilement sillonner, comme je l'ai dit plus haut; la fausse membrane diphthéritique

est grisâtre, et tenace au point de ne pas recevoir facilement l'empreinte des corps durs qui la sillonnent. Au lieu de commencer sur les amygdales, pour s'étendre ensuite au delà, comme la pharyngite diphthéritique, la pharyngite scarlatineuse envahit simultanément toute la cavité de l'arrière-bouche et celle des narines : Huxham, Fothergill et tous les auteurs qui ont observé attentivement cette pharyngite, ont en effet noté, dès les premiers jours, l'inflammation spécifique et l'écoulement fétide des narines. Enfin, le fait le plus important, c'est que la pharyngite scarlatineuse n'a point, comme la véritable diphthérite, une tendance extrême à envahir les voies respiratoires, et qu'au contraire elle tend à prendre de l'extension dans les voies digestives.

Telle est la description succincte que j'ai cru devoir présenter de cette affection, dont se sont particulièrement occupés des auteurs aussi célèbres que Huxham et Fothergill, qui la regardaient comme la maladie principale. Nous, au contraire, à qui les recherches plus précises de ces derniers temps ont appris qu'elle n'est autre chose qu'une conséquence de la maladie éruptive, nous ne devons pas y attacher une aussi grande importance, tout en reconnaissant sa gravité. Aussi n'ai-je point tracé le tableau de tous ces symptômes violents qui ont fixé l'attention des auteurs que je viens de citer, et qui appartiennent non à la pharyngite, mais à la scarlatine elle-même.

Traitement. Le *traitement* doit nous arrêter un peu plus longtemps, attendu que c'est sous le point de vue thérapeutique que cette pharyngite intéresse spécialement le praticien. Il est assez difficile de distinguer les moyens qui ont été dirigés contre la pharyngite elle-même de ceux qu'on a employés contre la maladie principale, c'est-à-dire l'exanthème fébrile. Cette réflexion toutefois ne s'adressant pas évidemment au *traitement local*, c'est par lui que je vais commencer. Je me contenterai ensuite de dire un mot du traitement dirigé contre les symptômes généraux.

Traitement local. Suivant M. Bretonneau (1), une légère solution d'*acétate de plomb* dissipe l'inflammation douloureuse du pharynx, et accélère la cicatrisation des ulcérations couenneuses qui, suivant lui, occupent souvent les tonsilles pendant le premier septénaire de cette pharyngite. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Acétate de plomb cristallisé.	0,50 gram.	Alcool	16 gram.
Vinaigre distillé	8 gram.	Eau commune	120 gram.

Pour savoir au juste quelle est l'efficacité d'un pareil remède, il faudrait tenir compte de la gravité du mal, et rechercher avec soin les effets immédiats du médicament. Avant M. Bretonneau, Boucher (2), Vogel et Hamilton (3), avaient employé l'acétate de plomb dans des circonstances semblables.

Ce sont toujours les *astringents*, les *acides*, les *excitants* violents qui ont été appliqués localement dans cette maladie. Le docteur Barth (4) a conseillé l'usage d'un gargarisme avec l'*acide pyroligneux*, dont voici la composition :

(1) *Loc. cit.*, p. 260.
(2) *Journ. de méd.*, 1758.
(3) *Inq. for the treat. of the princ. diseases of infancy*, etc. Edinburg, 1825.
(4) *Rust's Mag. für die gesammte Heilkunde*, vol. XXVII.

℞ Eau commune........... 150 gram.	Sirop simple............. 30 gram.
Acide pyroligneux........ 15 gram.	

Pour se gargariser deux ou trois fois par jour.

Quant aux *substances excitantes*, je me contenterai d'indiquer le *daphné mezereum* et le *poivre de Cayenne*, proposés par M. Mason Good et M. Collins. Voici les formules prescrites par ces auteurs :

Collutoire avec le daphne mezereum (Mason Good).

℞ Eau de fontaine...... 1,500 gram. | Racine entière de daphne mezereum. 8 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Collutoire avec le poivre de Cayenne (Collins).

℞ Poivre de Cayenne........ 8 gram. | Sel marin................ 4 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau bouillante................................ 100 gram.

Ajoutez :

Vinaigre distillé............................ 30 gram.

Un très grand nombre de médecins se contentent de *gargarismes acidulés*, tels que ceux qui ont été longuement énumérés dans les précédents articles. D'autres veulent qu'on n'emploie pas autre chose que les *émollients*. Lorsque l'inflammation est très violente, on fait appliquer des *sangsues* à la base de la mâchoire, et parfois on a recours à la *saignée générale*, repoussée néanmoins par les auteurs des siècles passés, et en particulier par Huxham, à cause du caractère septique de l'affection. Dans les cas où la maladie n'avait qu'une faible intensité, M. Guéretin employait principalement les *fumigations émollientes*.

J'ai cité ces divers exemples pour faire voir que le traitement local de la pharyngite scarlatineuse ne diffère pas essentiellement de celui de la plupart des autres angines. Quant à l'appréciation qu'on pourrait faire de ces différents moyens, je dois dire qu'elle est impossible, attendu que dans les faits cités par les auteurs, on ne saurait, je le répète, distinguer ce qui appartient à la pharyngite de ce qui appartient à la scarlatine elle-même. Au reste, une réflexion générale s'applique à tout ce qui précède : ce n'est pas tant la lésion locale qui est dangereuse que la maladie générale sous l'influence de laquelle elle a pris naissance. Ceci nous amène à parler du *traitement général;* car je ne crois pas devoir ajouter à ce que je viens de dire sur le traitement local l'emploi des *scarifications* pratiquées par Mead et Borsieri, et dont on a aujourd'hui reconnu les dangers.

Traitement général. Le *traitement général* conseillé par Forthergill, Huxham et tous les auteurs qui n'ont point fait la part de la lésion locale et de la maladie générale, s'applique presque exclusivement aux divers symptômes de la scarlatine elle-même. Ainsi, la *corne de cerf*, le *camphre*, la *poudre de contrayerva*, etc., administrés pour modérer la fièvre, étaient évidemment dirigés contre l'exanthème fébrile.

Si des signes de putridité étaient remarqués, on prescrivait le *quinquina*, les

acides, les *vins généreux*. Enfin venait le traitement des symptômes prédominants, parmi lesquels il faut d'abord citer la *diarrhée* et les *vomissements*. Contre la diarrhée, Huxham conseillait une petite quantité de *rhubarbe torréfiée*, la *poudre de scordium composée*, la *décoction blanche*, etc., et contre les vomissements, un *léger émétique*. On voit qu'il n'y a rien là qui s'applique en particulier à la pharyngite.

Suivant M. Guéretin, les *purgatifs* administrés à doses fractionnées et pendant toute la période fébrile auraient eu des résultats très avantageux dans l'épidémie qu'il a observée ; mais il ne présente aucun relevé de faits positifs à cet égard. Voici, du reste, comment il administra ce purgatif :

℞ Calomel............. 0,10 gram. | Jalap............ 0,15 à 0,25 gram.

Mêlez. Donner cette dose trois, quatre ou cinq fois par jour chez les adultes; chez les enfants, diminuer la dose suivant l'âge. Si ce médicament produisait plus de trois ou quatre selles par jour, l'auteur en cessait immédiatement l'usage.

Quant aux *vésicatoires* placés sur le cou, la nuque, les jambes, aux *potions* et aux *lavements camphrés*, aux *opiacés*, aux *bains*, etc., M. Guéretin ne leur a pas reconnu d'efficacité réelle.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce traitement, présenté d'une manière si confuse par les auteurs. Attendons que de nouvelles observations viennent nous éclairer, et reconnaissons seulement, avec la plupart des auteurs modernes : 1° que la pharyngite pultacée est sous l'influence directe de la maladie éruptive, dont on sait que la marche est pour ainsi dire fatalement tracée ; 2° que dans les cas légers, cette pharyngite offre peu de danger ; 3° que, dans les cas graves, c'est la médication topique qui paraît avoir le plus d'avantages.

ARTICLE VI.

PHARYNGITE COUENNEUSE (*diphthérite ; angine maligne*).

Après avoir traité à part de la pharyngite pultacée, il devient plus facile d'aborder la question de la pharyngite couenneuse proprement dite, que les travaux récents ont grandement éclairée, il est vrai, mais qui présente encore plusieurs points en litige. La description de cette affection avait été confondue, comme je l'ai déjà dit, avec celle de toutes les autres angines graves, sous le nom d'*angine maligne*. Mais ayant constaté plus haut l'existence de conditions particulières qui font une espèce distincte de l'angine scarlatineuse, nous allons voir maintenant celles qui donnent une physionomie propre à la pharyngite couenneuse ou diphthérite.

Il est presque inutile de dire que, dès la plus haute antiquité, on connaissait cette affection, mais on la connaissait d'une manière imparfaite, très vague, et qui devait laisser une très grande indécision dans la pratique. Sous ce point de vue, M. Bretonneau a rendu un grand service à la science, en faisant connaître les caractères particuliers de l'angine couenneuse. Je n'insiste pas, du reste, sur cet aperçu historique ; il sera très facile de suppléer à son insuffisance, car partout on trouve une liste des nombreux auteurs qui se sont occupés de l'angine maligne.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Dans l'état actuel de la science, on doit donner le nom de *pharyngite couenneuse*,

ou *diphthérite* à l'angine dont le caractère principal est la production d'une matière plastique étendue sur la muqueuse en forme de couches plus ou moins épaisses, faciles à détacher, au moins à une époque un peu avancée de la maladie, et ayant la plus grande tendance à gagner les voies aériennes.

La *synonymie* de cette affection est extrêmement riche. Ainsi, on peut lui rapporter tous ces noms : d'*angine pestilentielle*, *putride*, *ulcéreuse*, *gangréneuse*, *maligne*, *charbon angineux*, *angine suffocante*, *garrotillo*, etc., etc., qui ont été mis en usage par les différents auteurs et aux diverses époques. C'est elle qui a été désignée, du moins dans un certain nombre de cas, sous le nom d'*ulcus ægyptiacum* ou *syriacum*, d'*aphtæ malignæ*, etc. Mais c'est assez insister sur ce nombre infini d'expressions diverses qui se rapportent indifféremment à des états morbides dissemblables.

La *fréquence* de cette maladie n'est heureusement point très grande dans les temps ordinaires ; mais il survient des épidémies qui sévissent dans certaines localités sur un grand nombre de sujets, et déjà les relations que nous avons de ces diverses épidémies sont assez multipliées. Au reste, on peut appliquer à la pharyngite couenneuse ce que j'ai dit (voy. t. I, p. 160) de la fréquence de la *laryngite pseudo-membraneuse* (croup), puisque, dans la grande majorité des cas, c'est par une pharyngite de cette espèce que commence le *croup*.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'étude des faits n'est pas encore assez avancée pour qu'on ait une opinion bien arrêtée sur les diverses causes qui peuvent prédisposer à contracter la pharyngite couenneuse. Relativement à l'*âge*, on sait que les enfants sont beaucoup plus exposés à cette maladie que les adultes. S'il fallait le prouver, il suffirait de citer les exemples de croup succédant à cette pharyngite, qu'on observe spécialement chez les *enfants*. M. Bretonneau (1) a cité un cas qui prouve que les *enfants nouveau-nés* peuvent en être atteints. Dans ce cas, observé chez un enfant de quinze jours, la fausse membrane avait une grande étendue, aussi bien du côté des voies digestives que du côté des voies aériennes. Lorsque l'affection a le caractère épidémique, elle peut attaquer les *vieillards* et les *adultes* dans une assez grande proportion ; c'est ce que nous ont appris les relations publiées dans ces dernières années.

Nous n'avons rien de plus précis, relativement à l'influence du *sexe*, que ce que j'en ai dit à l'article *Croup* (2). Il en est de même de la *constitution* ; c'est chez les enfants soumis à de *mauvaises conditions hygiéniques*, et chez les enfants *débilités* par des maladies graves, que se montre particulièrement l'affection à l'état sporadique. Il est plus que probable que ces circonstances facilitent son développement dans les épidémies.

Ce que j'ai dit dans l'article *Croup*, relativement aux *saisons*, peut s'appliquer en partie à la pharyngite couenneuse. Ainsi c'est dans les saisons froides et humides, au printemps et en automne, qu'elle se montre le plus souvent. Cependant il faut remarquer que les épidémies ont duré longtemps, qu'elles se sont par conséquent

(1) *Loc. cit.*, p. 36, obs. 4.
(2) Voy. t. I, p. 161.

prolongées avec intensité pendant l'hiver et l'été, et que celles qui ont été observées par M. Bretonneau en particulier ont débuté vers la fin de l'automne.

Quant aux *climats*, ce serait un travail à faire que de rechercher leur influence réelle. Toutefois on peut constater que l'affection s'est montrée dans les climats assez divers. Ghisi l'a observée à Crémone, Samuel Bard à New-York, Chomel à Paris, MM. Bretonneau, Gendron, etc., à Tours ou aux environs. Les *localités* auraient-elles une influence marquée sur l'apparition de cette pharyngite? C'est ce qu'on pourrait croire au premier abord, et ce qui était venu à la pensée de M. Trousseau (1). Ce médecin crut d'abord qu'on pouvait attribuer le développement de la diphthérite au *froid humide* que la disposition de certaines localités entretient dans l'atmosphère. Mais, plus tard, ayant vu des villages situés sur des hauteurs, par conséquent secs, bien aérés, être décimés par une épidémie, tandis que d'autres peu éloignés et dans des conditions tout opposées en étaient exempts, il a dû renoncer à cette opinion. Reconnaissons toutefois que tout n'est pas dit sur ce point, car cette question est évidemment subordonnée à celle de la contagion, qui a pu agir à l'insu des observateurs.

Nous avons vu la *pharyngite pultacée* se développer dans le cours d'une scarlatine. Il n'en est pas de même de la *pharyngite couenneuse ;* dans les épidémies, elle attaque le plus souvent des sujets d'emblée et sans affection préalable. Cependant on la voit apparaître aussi dans le cours de certaines affections. Il n'en est aucune qui en soit plus fréquemment compliquée que la *rougeole;* plus rarement elle se montre dans la *variole* (2), et chez les adultes, c'est dans le cours des maladies chroniques, de la *phthisie* surtout, qu'elle prend le plus souvent naissance (3). M. de Castelnau a recueilli, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, un cas très remarquable de pharyngite couenneuse propagée aux voies aériennes chez un convalescent de fièvre typhoïde; M. Louis et d'autres observateurs ont rapporté quelques exemples du même genre.

Il est à peine nécessaire d'indiquer la forme *épidémique* que prend si souvent cette maladie. On connaît les épidémies observées par Ghisi, Chomel, Samuel Bard, et celles dont MM. Bretonneau (4), Bourgeois (5) Mazade, de Limoges (6), Lespine (7), etc., ont été les témoins et ont publié les relations. Ces citations pourraient être multipliées, mais sans utilité. Il est à remarquer que toutes les épidémies dont nous avons l'histoire ont, à quelques nuances près, présenté les mêmes caractères et la même gravité, ce qui dépend de l'envahissement presque constant des voies aériennes par l'exsudation membraniforme.

N'ayant rien à dire de positif sur l'influence des *tempéraments* et d'autres causes prédisposantes, comme le *vice scrofuleux*, etc., je passe immédiatement à l'étude des causes occasionnelles.

(1) *Dict. de méd.*, t. X, art. DIPHTHÉRITE.
(2) Voy. Andral, *Clin. méd.*, t. I, p. 290.
(3) Louis, Charcellay, etc., cités à l'article *Croup*, t. I, p. 161.
(4) *Épidémies de Tours, de Chenusson, de la Ferrière.*
(5) *De l'angine plastique*, dite maligne ou gangréneuse, *Epidémie de la maison royale de Saint-Denis* (*Mém. de l'Acad. royale de méd.* Paris, 1835, t. IV).
(6) *Epidémie du canton de Magnac-Laval.*
(7) *Epidémie de l'école royale milit. de la Flèche.*

2° Causes occasionnelles.

Je ne répéterai pas ici ce que j'ai dit des causes occasionnelles à l'article *Cro* (t. I, p. 163) ; le lecteur en fera facilement l'application. Je me bornerai à dire mot de la contagion, admise par les uns, rejetée par les autres.

Les auteurs des siècles passés n'ont guère élevé de doutes sur le caractère con gieux de la maladie qui nous occupe ; Cullen en a formellement admis l'existenc mais il était nécessaire d'avoir des faits propres à éclairer cette question douteu M. Bretonneau, qui a particulièrement fixé son attention sur ce point, reconn que la contagion est difficile à constater. Cependant il me paraît lever tous doutes, lorsqu'il dit : « Chaque fois qu'elle (la diphthérite) a été apportée du d hors à l'Hospice général, et qu'elle s'est propagée, il a été facile de connaître, da le principe, le moment, je dirai presque la minute où elle a été communiquée. L'existence de la contagion peut-elle être mieux établie ? D'ailleurs le même aute cite çà et là un assez grand nombre de faits très concluants, et d'autres, com M. Brunet (1), en ont rassemblé plusieurs qui ne laissent pas plus de dout M. Collineau a cité l'observation d'une femme qui, ayant plusieurs fois baisé sur bouche son petit-neveu affecté du croup, fut atteinte de la pharyngite couenneu ce fait isolé aurait peu de valeur, car, dans le cours d'une épidémie, on doit re contrer bien des coïncidences semblables, mais il peut s'ajouter à beaucoup d'aut plus concluants. On ne peut donc s'empêcher de se ranger à l'opinion des aute précédents, de Guersant et de MM. Trousseau, Ramon, Bourgeois, etc., qui o vu maintes fois la contagion agir manifestement, et pour qui, par conséquen l'existence de cette cause spécifique est démontrée.

§ III. — Symptômes.

Ce que j'ai dit plusieurs fois du prompt envahissement des voies aériennes p l'exsudation morbide semble, au premier abord, rendre inutile une expositi détaillée des symptômes de la pharyngite couenneuse, car on peut être tenté regarder uniquement cette affection comme le début de la *laryngite pseudo-m braneuse*. Mais, d'une part, on a observé des cas où l'inflammation pseudo-me braneuse est restée bornée au pharynx. M. Bretonneau lui-même (2) en a cité exemple très remarquable ; et, de l'autre, en admettant que la pharyngite ne f qu'un signe de l'invasion du croup, il faudrait néanmoins connaître d'une maniè particulière les symptômes de cette invasion, puisque, par un traitement particu lier, on pourrait espérer d'arrêter la marche de la maladie.

Début. Le *début* est ordinairement peu alarmant ; il ne se manifeste que par un gêne souvent légère de l'acte de la déglutition, et quelquefois par une doule peu intense, qui ordinairement s'accompagne d'un mouvement fébrile léger et d'u abattement plus ou moins marqué. Puis, la maladie faisant des progrès, on voit ap paraître la fausse membrane qui est le caractère essentiel de cette maladie.

Symptômes. Avant cette apparition, *un gonflement* peu notable, avec une *rou geur* circonscrite et pointillée, sont les seuls signes qu'on observe dans le pharynx. C'est presque toujours dans une seule tonsille que se montrent d'abord ces altéra tions qui assez rapidement gagnent toute la glande.

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. III, p. 536.
(2) *Loc. cit.*, p. 140, obs. 10.

A une époque un peu plus avancée, on voit se former à la surface de l'amygdale de petites *taches opalines*, semblables à du mucus coagulé. Suivant M. Bretonneau, au-dessous de cette couche qui prend un peu de consistance, de nouveau mucus peut s'accumuler dans certains points, et simuler ces pustules que Jos. Frank a cru voir dans l'angine maligne. Plus tard, cette *fausse membrane* perd sa transparence et prend une consistance plus grande. Souvent elle acquiert une épaisseur notable; on en a vu de près d'un centimètre. Sa *couleur* varie du blanc jaunâtre au gris et même au noir. En même temps qu'elle devient épaisse et prend de la consistance, elle s'étend en largeur, et toujours la rougeur de la membrane muqueuse précède sa formation. Souvent cette rougeur s'étend au loin sous forme de *stries*, au-dessus desquelles l'exsudation plastique prend naissance.

Si l'on enlève la production morbide, on la trouve liée à la membrane muqueuse sous-jacente par de *petits filaments* qui, suivant M. Bretonneau, pénètrent dans les cryptes muqueux. Avant que les lambeaux pseudo-membraneux se détachent, on voit, ainsi que l'a observé Guersant, l'épithélium passer sur eux, d'où il résulte que le *siége primitif* de la pseudo-membrane est entre cet épithélium et le tissu muqueux lui-même.

Lorsque les *lambeaux pseudo-membraneux* tombent, ou lorsqu'on les détache mécaniquement, on aperçoit au-dessous le *tissu muqueux* injecté, d'un rouge obscur, et, suivant Guersant, plutôt sec que boursouflé. Tous les auteurs ont signalé l'existence de petites *ecchymoses* noires, inégales, oblongues, qui quelquefois néanmoins sont assez considérables pour rendre la *tumeur* livide, bosselée, et semblable, ainsi que M. Bretonneau l'a constaté, à une excroissance cancéreuse. Suivant M. Roche, les petites ecchymoses qui apparaissent dans le tissu muqueux sont le commencement des fausses membranes elles-mêmes. Mais ce sont là des questions qui intéressent médiocrement le praticien.

Parvenue à ce degré, la maladie se présente sous l'aspect suivant: les *tonsilles* sont plus ou moins notablement tuméfiées; quelquefois leur tuméfaction est énorme. Elles sont couvertes, dans toute leur étendue ou dans une grande partie, de concrétions pseudo-membraneuses d'un aspect plus ou moins sordide, et ressemblant à la surface d'un ulcère de mauvaise nature. Les concrétions envahissent les piliers du voile du palais et les deux faces de ce voile, embrassent la luette, se propagent assez souvent dans les fosses nasales, et quelquefois gagnent la bouche.

Il résulte de cet état les symptômes suivants : l'*haleine* est horriblement fétide ; il y a une *salivation* plus ou moins abondante, dont la matière est un liquide jaunâtre d'odeur nauséabonde ; et presque toujours une *expuition* sanguinolente. Cette expuition est le résultat de l'infiltration sanguine abondante qu'on remarque dans le pharynx. On n'a pas cité de cas où l'hémorrhagie pharyngienne ait été assez considérable pour avoir une véritable gravité.

Quant à la *douleur* éprouvée par le malade, elle est ordinairement peu en rapport avec l'apparence si grave de la maladie. Quelquefois elle manque presque complétement. Il en est de même de la *gêne de la déglutition*, qui semblerait devoir être très considérable dans une pareille affection, et qui cependant n'est pas, dans le plus grand nombre de cas, très notable.

La *voix* est ordinairement assez profondément altérée, quoique son altération ne

2° Causes occasionnelles.

Je ne répéterai pas ici ce que j'ai dit des causes occasionnelles à l'article *Croup* (t. I, p. 163) ; le lecteur en fera facilement l'application. Je me bornerai à dire un mot de la contagion, admise par les uns, rejetée par les autres.

Les auteurs des siècles passés n'ont guère élevé de doutes sur le caractère contagieux de la maladie qui nous occupe; Cullen en a formellement admis l'existence; mais il était nécessaire d'avoir des faits propres à éclairer cette question douteuse. M. Bretonneau, qui a particulièrement fixé son attention sur ce point, reconnaît que la contagion est difficile à constater. Cependant il me paraît lever tous les doutes, lorsqu'il dit : « Chaque fois qu'elle (la diphthérite) a été apportée du dehors à l'Hospice général, et qu'elle s'est propagée, il a été facile de connaître, dans le principe, le moment, je dirai presque la minute où elle a été communiquée. » L'existence de la contagion peut-elle être mieux établie? D'ailleurs le même auteur cite çà et là un assez grand nombre de faits très concluants, et d'autres, comme M. Brunet (1), en ont rassemblé plusieurs qui ne laissent pas plus de doutes. M. Collineau a cité l'observation d'une femme qui, ayant plusieurs fois baisé sur la bouche son petit-neveu affecté du croup, fut atteinte de la pharyngite couenneuse; ce fait isolé aurait peu de valeur, car, dans le cours d'une épidémie, on doit rencontrer bien des coïncidences semblables, mais il peut s'ajouter à beaucoup d'autres plus concluants. On ne peut donc s'empêcher de se ranger à l'opinion des auteurs précédents, de Guersant et de MM. Trousseau, Ramon, Bourgeois, etc., qui ont vu maintes fois la contagion agir manifestement, et pour qui, par conséquent, l'existence de cette cause spécifique est démontrée.

§ III. — Symptômes.

Ce que j'ai dit plusieurs fois du prompt envahissement des voies aériennes par l'exsudation morbide semble, au premier abord, rendre inutile une exposition détaillée des symptômes de la pharyngite couenneuse, car on peut être tenté de regarder uniquement cette affection comme le début de la *laryngite pseudo-membraneuse*. Mais, d'une part, on a observé des cas où l'inflammation pseudo-membraneuse est restée bornée au pharynx. M. Bretonneau lui-même (2) en a cité un exemple très remarquable; et, de l'autre, en admettant que la pharyngite ne fût qu'un signe de l'invasion du croup, il faudrait néanmoins connaître d'une manière particulière les symptômes de cette invasion, puisque, par un traitement particulier, on pourrait espérer d'arrêter la marche de la maladie.

Début. Le *début* est ordinairement peu alarmant; il ne se manifeste que par une gêne souvent légère de l'acte de la déglutition, et quelquefois par une douleur peu intense, qui ordinairement s'accompagne d'un mouvement fébrile léger et d'un abattement plus ou moins marqué. Puis, la maladie faisant des progrès, on voit apparaître la fausse membrane qui est le caractère essentiel de cette maladie.

Symptômes. Avant cette apparition, *un gonflement* peu notable, avec une *rougeur* circonscrite et pointillée, sont les seuls signes qu'on observe dans le pharynx. C'est presque toujours dans une seule tonsille que se montrent d'abord ces altérations qui assez rapidement gagnent toute la glande.

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. III, p. 536.
(2) *Loc. cit.*, p. 140, obs. 10.

A une époque un peu plus avancée, on voit se former à la surface de l'amygdale de petites *taches opalines*, semblables à du mucus coagulé. Suivant M. Bretonneau, au-dessous de cette couche qui prend un peu de consistance, de nouveau mucus peut s'accumuler dans certains points, et simuler ces pustules que Jos. Frank a cru voir dans l'angine maligne. Plus tard, cette *fausse membrane* perd sa transparence et prend une consistance plus grande. Souvent elle acquiert une épaisseur notable; on en a vu de près d'un centimètre. Sa *couleur* varie du blanc jaunâtre au gris et même au noir. En même temps qu'elle devient épaisse et prend de la consistance, elle s'étend en largeur, et toujours la rougeur de la membrane muqueuse précède sa formation. Souvent cette rougeur s'étend au loin sous forme de *stries*, au-dessus desquelles l'exsudation plastique prend naissance.

Si l'on enlève la production morbide, on la trouve liée à la membrane muqueuse sous-jacente par de *petits filaments* qui, suivant M. Bretonneau, pénètrent dans les cryptes muqueux. Avant que les lambeaux pseudo-membraneux se détachent, on voit, ainsi que l'a observé Guersant, l'épithélium passer sur eux, d'où il résulte que le *siége primitif* de la pseudo-membrane est entre cet épithélium et le tissu muqueux lui-même.

Lorsque les *lambeaux pseudo-membraneux* tombent, ou lorsqu'on les détache mécaniquement, on aperçoit au-dessous le *tissu muqueux* injecté, d'un rouge obscur, et, suivant Guersant, plutôt sec que boursouflé. Tous les auteurs ont signalé l'existence de petites *ecchymoses* noires, inégales, oblongues, qui quelquefois néanmoins sont assez considérables pour rendre la *tumeur* livide, bosselée, et semblable, ainsi que M. Bretonneau l'a constaté, à une excroissance cancéreuse. Suivant M. Roche, les petites ecchymoses qui apparaissent dans le tissu muqueux sont le commencement des fausses membranes elles-mêmes. Mais ce sont là des questions qui intéressent médiocrement le praticien.

Parvenue à ce degré, la maladie se présente sous l'aspect suivant: les *tonsilles* sont plus ou moins notablement tuméfiées; quelquefois leur tuméfaction est énorme. Elles sont couvertes, dans toute leur étendue ou dans une grande partie, de concrétions pseudo-membraneuses d'un aspect plus ou moins sordide, et ressemblant à la surface d'un ulcère de mauvaise nature. Les concrétions envahissent les piliers du voile du palais et les deux faces de ce voile, embrassent la luette, se propagent assez souvent dans les fosses nasales, et quelquefois gagnent la bouche.

Il résulte de cet état les symptômes suivants : l'*haleine* est horriblement fétide; il y a une *salivation* plus ou moins abondante, dont la matière est un liquide jaunâtre d'odeur nauséabonde ; et presque toujours une *expuition* sanguinolente. Cette expuition est le résultat de l'infiltration sanguine abondante qu'on remarque dans le pharynx. On n'a pas cité de cas où l'hémorrhagie pharyngienne ait été assez considérable pour avoir une véritable gravité.

Quant à la *douleur* éprouvée par le malade, elle est ordinairement peu en rapport avec l'apparence si grave de la maladie. Quelquefois elle manque presque complétement. Il en est de même de la *gêne de la déglutition*, qui semblerait devoir être très considérable dans une pareille affection, et qui cependant n'est pas, dans le plus grand nombre de cas, très notable.

La *voix* est ordinairement assez profondément altérée, quoique son altération ne

ressemble point à celle qu'on observe lorsque la maladie a envahi le larynx ; elle est sourde et nasonnée.

La *toux* est un phénomène qu'on observe assez souvent dans la pharyngite couenneuse ; mais si l'affection n'a pas encore gagné le larynx, elle a des caractères qui la font parfaitement distinguer de la toux croupale. Elle est moins violente ; elle consiste plutôt en un mouvement brusque d'*exscréation* qu'en une secousse convulsive des organes respiratoires. Quant à la *respiration*, il n'est pas rare de la voir parfaitement libre. Dans les cas où elle est gênée, elle l'est à un degré médiocre, et qui n'est nullement comparable à la suffocation de la laryngite pseudo-membraneuse.

Lorsque l'exsudation couenneuse s'est *propagée aux fosses nasales*, il y a un écoulement jaunâtre et extrêmement fétide par les narines ; cet écoulement avait été signalé par les auteurs des siècles passés. Il n'est pas rare alors de voir survenir une épistaxis qui peut, dans certains cas, être assez abondante pour inspirer de vives craintes, ainsi que Ribes en a cité un exemple.

Si l'affection se porte *du côté de la bouche*, on trouve joints aux symptômes que je viens d'indiquer ceux de la *stomatite couenneuse* exposés plus haut, et si, ce que l'on observe dans la grande majorité des cas, *le larynx est envahi*, la pharyngite cesse d'avoir une valeur réelle : on ne s'occupe plus que du croup qui s'est alors développé, et qui est la conséquence la plus fâcheuse de l'affection.

Ce n'est pas seulement sur les membranes muqueuses que se montre cette pseudo-membrane particulière, on l'a encore trouvée *sur différents points de la peau*, et M. Trousseau, ainsi que les auteurs du *Compendium* (article *Diphthérite*), l'a décrite sous le nom de *diphthérite cutanée*. Déjà des auteurs anciens avaient remarqué l'existence de ces pseudo-membranes cutanées, signalées en particulier par Starr, et qui plus tard ont été constatées par tous ceux qui se sont occupés de ce sujet, et en particulier par M. Bretonneau et Guersant. Elles ont pour *siége de prédilection* les ailes du nez, la partie postérieure des oreilles, le pourtour de l'anus, de la vulve et des mamelons. Quelquefois, néanmoins, on les observe dans d'autres points : c'est ainsi que M. Trousseau (1) a vu la fausse membrane occuper la surface des vésicatoires placés sur les diverses parties du corps, et en général tous les points excoriés. Suivant cet auteur, il est même nécessaire qu'il se forme une excoriation préalable pour que la fausse membrane apparaisse ; mais on doit admettre que l'excoriation est déjà le commencement du travail morbide spécial ; c'est ce qui se passe évidemment lorsque la pseudo-membrane se montre derrière les oreilles et dans d'autres points où la peau est en contact avec elle-même.

On n'a pas assez insisté, ce me semble, sur la valeur de ces *pseudo-membranes cutanées* qui donnent une grande gravité à la maladie, ainsi que l'ont constaté M. Lespine et Bourgeois dans les épidémies qu'ils ont observées. Ce développement de fausses membranes sur la peau me paraît en effet distinguer essentiellement la véritable diphthérite de la pharyngite pultacée. C'est dans les cas où la pharyngite couenneuse s'est montrée avec tous ses caractères diphthéritiques et en l'absence de l'éruption scarlatineuse, qu'on a vu la fausse membrane envahir la surface du corps. Fothergill, Huxham et ceux qui ont observé le mal de gorge

(1) *De la diphthérite cutanée* (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIII, 1830).

scarlatineux, n'ont point parlé de ce symptôme, quoiqu'ils aient décrit la maladie avec un très grand soin. M. Trousseau lui-même n'en a nullement fait mention quand il a eu à décrire l'angine scarlatineuse, tandis qu'il en a cité un grand nombre de cas observés dans le cours d'autres épidémies qui ont sévi dans la Sologne, et qui présentaient tous les caractères d'une épidémie de diphthérite (1). Il est à désirer que l'attention des auteurs se porte sur ce point, car c'est là un signe différentiel d'une grande importance.

Il suffira d'ajouter, pour terminer la description de ces pseudo-membranes cutanées, qu'elles présentent les mêmes caractères que les pseudo-membranes muqueuses. C'est la même couleur variable de l'exsudation, la même infiltration sanguine de la peau, la même tendance à s'étendre au loin. Cette tendance est quelquefois si grande, que M. Trousseau a vu la pseudo-membrane, développée primitivement à la nuque sur un vésicatoire, s'étendre à tout le dos. Les progrès que fait la fausse membrane sont toujours rapides, et du jour au lendemain elle a souvent doublé d'étendue.

A une époque plus avancée de la maladie, si la pseudo-membrane du pharynx n'a pas envahi les voies respiratoires, on voit s'opérer les changements suivants : les amygdales perdent en partie leur tuméfaction; les lambeaux pseudo-membraneux sont baignés d'une matière muco-purulente; ils se détachent dans certains points; ils sont plus ou moins larges, plus ou moins épais, sont rejetés par *exscréation*, et se retrouvent dans la matière de l'expuition; mais ils ont encore de la tendance à se reproduire, et quelquefois on les a vus se détacher, tomber et être remplacés par de nouveaux, à trois ou quatre reprises différentes.

Dans des circonstances plus rares, la pseudo-membrane, très adhérente, ne se détache pas ainsi; Guersant l'a vue *s'user* peu à peu, se réduire à une simple pellicule, et enfin disparaître par une résorption lente.

Il est inutile d'ajouter que les choses se passent de la même manière dans les autres parties envahies par la pseudo-membrane, et que, pendant que ces changements s'opèrent dans la lésion organique, les troubles fonctionnels précédemment indiqués subissent une amélioration notable.

J'ai déjà dit qu'au début le *mouvement fébrile* était peu intense. Fort souvent il en est de même pendant tout le cours de l'affection, abstraction faite, bien entendu, de l'envahissement du larynx, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Le *pouls* est petit, faible, un peu plus fréquent qu'à l'état normal, dans le plus grand nombre des cas. Une *soif* médiocre et l'*inappétence*, tels sont les principaux troubles fonctionnels du côté des voies digestives. Lorsqu'il survient une *diarrhée* intense, c'est ordinairement le signe qu'une pseudo-membrane s'est formée dans la partie inférieure de l'intestin; à plus forte raison quand il se produit une *hémorrhagie intestinale :* cas fort rare. Quelquefois on observe des *vomissements*

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*, t. XXI, p. 541, 1829; *Épidémie d'angine scarlatineuse;* et t. XXIII du même recueil : *Diphthérite cutanée.*

J'insiste sur ce point, parce qu'une fausse indication, donnée par M. Trousseau lui-même dans le *Dict. de méd.*, t. X, p. 389, pourrait faire croire qu'il a observé la diphthérite cutanée dans le cours de l'angine scarlatineuse. Cet auteur a, en effet, cité comme renfermant des cas de diphthérite cutanée son mémoire inséré dans le *tome XXI des Archives*, où il est question d'une angine scarlatineuse qui n'offrait rien de semblable. C'est au *tome XXIII, pages 338 et suiv.*, qu'il faut aller les chercher.

qui environnent l'ulcère, leur aspect livide, la sanie roussâtre ou noirâtre qui en découle, feront reconnaître la nature gangréneuse de l'affection.

J'ai dit plus haut que, dans un cas, M. Bretonneau vit une amygdale si profondément altérée en apparence, qu'on aurait pu croire à l'existence d'un véritable *cancer ;* mais il suffit d'avoir égard au peu de durée de la maladie, dont le début ne saurait remonter à plus d'une quinzaine de jours, pour lever toutes les difficultés de ce diagnostic qui n'a par conséquent pas d'importance réelle.

Enfin M. Bretonneau a pensé qu'il fallait regarder comme une seule et même affection la maladie décrite sous le nom de *muguet* et celle qui nous occupe. Les auteurs du *Compendium* adoptent cette manière de voir, ce qui doit surprendre, car il n'y a véritablement aucun rapport entre ces deux affections. Le siége, la forme de la production morbide, l'état de la muqueuse sous-jacente, la marche de la maladie, les progrès de l'exsudation plastique dans les divers sens, tout est absolument différent. Je ne crois donc pas nécessaire d'insister sur ce point, aujourd'hui bien évident pour tout le monde.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite pultacée et de pharyngite couenneuse.*

(Voyez l'exposé de ce diagnostic, p. 382 et 383).

2° *Signes distinctifs de la pharyngite ulcéreuse et de la pharyngite couenneuse.*

PHARYNGITE COUENNEUSE.	PHARYNGITE ULCÉREUSE.
Lambeaux pseudo-membraneux, ordinairement épais.	*Détritus* jaunâtre ; centre déprimé ; bords élevés.
Se détachant *facilement.*	Se détachant *difficilement.*
Ne laissant pas de perte de substance très notable au-dessous d'eux.	Laissant au-dessous d'eux une *perte de substance* plus ou moins considérable.

3° *Signes distinctifs de la pharyngite gangréneuse et de la pharyngite couenneuse.*

(Voyez plus loin le tableau synoptique, dans l'article *Pharyngite gangréneuse.*)

4° *Signes distinctifs du cancer du pharynx et de la pharyngite couenneuse dans quelques cas rares.*

PHARYNGITE COUENNEUSE.	CANCER DU PHARYNX.
Début ne remontant pas à plus de *dix ou quinze jours.*	Début *beaucoup plus éloigné.*

Il suffit de cette circonstance, je le répète, pour que ce dernier diagnostic n'offre point de difficulté.

Pronostic. Il est facile, après les considérations dans lesquelles je suis déjà entré, d'établir le pronostic de cette affection. Elle est fort grave, puisque par sa propagation aux voies respiratoires elle détermine des accidents si fréquemment mortels ; mais c'est l'asphyxie causée par le croup qui lui donne cette gravité. En effet, lorsqu'elle reste bornée au pharynx, la guérison est presque constante.

Cependant il est d'autres cas que j'ai mentionnés, et qu'il importe de rappeler ici. Quand les fausses membranes se montrent dans un très grand nombre de points : dans les fosses nasales, derrière les oreilles, au pourtour de l'anus, etc., la maladie acquiert une très grande gravité. C'est ainsi que M. Lespine a vu mourir un sujet qui présentait ces symptômes, sans que la fausse membrane ait gagné le larynx. Trouverons-nous la raison de cette gravité particulière de la maladie, en pareil cas, dans une affection générale, annoncée par l'apparition simultanée de toutes ces pseudo-membranes, ou faut-il, au contraire, l'attribuer aux symptômes quelquefois très intenses que détermine la production de ces fausses membranes elles-mêmes, tels que la diarrhée, les vomissements, etc.? C'est là une question qui n'a pas suffisamment fixé l'attention, et dont la solution est actuellement impossible. Cependant on peut croire que ces deux causes agissent chacune pour leur part et concurremment.

La question des *récidives* a été également négligée ; il faut attendre que l'observation vienne éclairer ce point.

§ VII. — Traitement.

Je n'aurai point à m'étendre longuement sur le traitement de la pharyngite couenneuse. Cette partie de son histoire est devenue pour nous extrêmement simple, après ce qui a été dit à l'article *Croup* (1). J'ai dû, en effet, en exposant le traitement du *croup*, montrer comment on peut le prévenir, en arrêtant la marche de la pharyngite couenneuse qui le précède, et par là j'ai été entraîné à indiquer le *traitement topique* de cette dernière affection. Je me bornerai donc à le rappeler succinctement ici, en y ajoutant quelques considérations sur certains moyens particuliers, sur le *traitement général*, et sur le *traitement préservatif.*

1° *Traitement local.* Tant qu'on a confondu la pharyngite couenneuse avec les autres pharyngites malignes, et qu'on lui a reconnu un caractère gangréneux, on s'est principalement attaché à agir sur l'économie par des moyens *antiseptiques généraux ;* mais, lorsque les caractères de l'affection ont été mieux connus, lorsqu'on a vu surtout combien elle a de tendance à se porter vers les voies respiratoires, on a pensé naturellement que des topiques agiraient bien plus efficacement pour arrêter sa marche. Déjà Van-Swieten avait eu l'idée de pratiquer sur le pharynx une *cautérisation* assez intense ; mais c'est M. Bretonneau qui, dans ces derniers temps, a fait sentir avec le plus de force l'importance de ce traitement. Aujourd'hui on est généralement d'accord sur ce point, et si M. Gintrac (2) a cru, dans un cas, reconnaître les mauvais effets de la cautérisation par l'acide hydrochlorique, on ne peut rien inférer d'un fait unique, exceptionnel, et dans lequel peut-être l'aggravation des symptômes était simplement due à la marche naturelle de la maladie. Ainsi la cautérisation est regardée aujourd'hui comme le moyen par excellence, et c'est par elle qu'il faut commencer.

Cautérisation. J'ai déjà fait connaître (3) la manière dont les diverses cautéri-

(1) Voy. t. I, p. 178 et suiv.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 265.
(3) T. I, art. *Croup.*

sations sont pratiquées. Je me borne donc à rappeler ici que c'est à l'aide de l'*acide hydrochlorique* et du *nitrate d'argent* qu'on les pratique ordinairement. M. Gendron (1) a employé dans un cas, avec succès, le *crayon de nitrate d'argent*. Il faut d'assez grandes précautions pour mettre ce moyen en usage. Ainsi, on aura soin de ne laisser dépasser le crayon de pierre infernale que d'une très faible quantité, et on le fixera solidement. Si l'on agissait autrement, on aurait à craindre que le crayon ne se rompît, et qu'une portion considérable de caustique ne tombât dans l'œsophage, ce qui pourrait produire un accident mortel.

En général, on préfère la cautérisation avec la *solution de nitrate d'argent* telle que je l'ai indiquée dans le tome I[er], p. 195. L'acide *sulfurique*, le *nitrate acide de mercure*, sont employés comme l'acide hydrochlorique, dont M. Bretonneau fait ordinairement usage.

Je renvoie également le lecteur au premier volume de cet ouvrage, pour l'emploi des diverses *poudres cathérétiques* mises en usage par un assez grand nombre de médecins. Ainsi les *insufflations d'alun*, dans lesquelles Guersant, MM. Ramon et Trousseau ont confiance, et celles que l'on fait à l'aide des *chlorures de chaux* et *de soude sec*, sont décrites avec soin dans l'article que je viens de citer. Il en est de même des insufflations faites avec les *poudres mercurielles*, et je n'ai point à y revenir ici.

Scarification. Guersant, qui emploie les moyens que je viens de mentionner, pense qu'il est utile de les faire précéder de quelques scarifications superficielles des amygdales. Il est certain que par ce moyen on fait pénétrer plus avant l'action de la substance caustique ; mais comme ces scarifications sont douloureuses, et qu'il est permis de supposer qu'elles peuvent être suivies de conséquences fâcheuses, il faudrait pouvoir examiner les faits, pour s'assurer qu'elles ont des avantages évidents.

Pyrothonide. Nous retrouvons ici l'emploi de cette substance préconisée par M. Ranque dans le traitement de la pharyngite simple. Le pyrothonide est un irritant assez fort ; il agit par conséquent de la même manière que les médicaments précédents, quoique à un degré différent, et l'on peut admettre que dans certaines limites il a ses avantages. Mais, pour déterminer positivement quel est son degré d'efficacité, il faudrait des faits concluants et nombreux que nous ne possédons pas.

Injections d'eau tiède. Dans un cas, M. Gintrac, après avoir employé inutilement les chlorures et la cautérisation par l'acide hydrochlorique, vit la maladie s'arrêter, pendant l'usage de quelques injections d'eau tiède. Il faudrait se garder, je le répète, d'en conclure que les premiers médicaments ont été nuisibles, et que le dernier a été efficace. On peut seulement donner une place, mais une place secondaire, dans le traitement de la pharyngite couenneuse, à ces injections, qui, poussées avec une certaine force, aident les parties à se dépouiller des lambeaux pseudo-membraneux qui les obstruent.

Il est aujourd'hui reconnu que, dans aucun cas, *on ne doit chercher à arracher avec violence* la pseudo-membrane qui recouvre le pharynx. En effet, tant que les progrès de l'affection ne sont point arrêtés, la fausse membrane a la plus grande tendance à se reproduire, et l'on a inutilement fait souffrir le malade. Si, au

(1) *Arch. gén. de méd*, 2[e] série, t. III, p. 395.

contraire, la maladie touche à la guérison, les lambeaux se détachent facilement d'eux-mêmes, et de simples gargarismes adoucissants suffisent pour en débarrasser les parties.

Les *gargarismes* adoucissants, légèrement acidulés ou aluminés, doivent être employés concurremment avec les moyens précédents. On prescrit les *émollients* lorsque la cautérisation paraît avoir déterminé une irritation trop vive; les *acidules* et les *alumineux*, lorsqu'au contraire il y a très peu d'excitation et presque point de douleur dans la partie malade. Guersant propose, dans ce dernier cas, le gargarisme suivant :

℞ Sulfate acide d'alumine....	4 gram.	Sirop de mûres ou miel rosat. 30 gram.
Eau..................	180 gram.	

Tels sont les moyens topiques portés directement sur la surface enflammée. Quelques médecins ont proposé de recourir, comme *dérivatifs* ou *révulsifs*, aux *irritants cutanés* placés dans un point plus ou moins éloigné du siége du mal. Ainsi M. Mazade, dans l'*épidémie de Laval*, eut recours aux *sinapismes* et aux *vésicatoires*. Nous avons vu plus haut que M. Trousseau a observé des cas où l'on a appliqué des vésicatoires à la nuque. Aujourd'hui tout le monde reconnaît que ces moyens doivent être proscrits. Les sinapismes, les pédiluves sinapisés, etc., ont une action beaucoup trop faible pour s'opposer d'une manière un peu efficace aux progrès de la maladie, et les vésicatoires sont non seulement inutiles, mais dangereux. C'est à leur surface que se développe ordinairement cette diphthérite cutanée dont il a été question plus haut. On ne doit donc même pas avoir recours à la *vésication superficielle*, telle qu'elle a été recommandée par M. Bretonneau dans la laryngite pseudo-membraneuse (1). Ici, en effet, il ne s'agit pas de mettre en œuvre des moyens presque désespérés, car la vie du malade n'est pas immédiatement menacée.

2° *Traitement général.* Il serait inutile de revenir sur ce que j'ai dit, dans l'article *Croup*, du degré réel d'efficacité des *émissions sanguines*. La maladie étant de même nature, les réflexions que j'ai faites à l'occasion de la laryngite pseudo-membraneuse s'appliquent parfaitement à elle. Je dirai seulement qu'il n'existe pas un seul cas où l'affection ait, d'une manière évidente, été arrêtée par l'emploi d'un traitement *antiphlogistique*, quelque énergique qu'il fût. La *saignée générale* est le moyen le plus souvent employé chez les adultes. Les *sangsues* sont exclusivement mises en usage chez les enfants.

Quand on veut avoir recours à ces moyens, c'est à l'époque la plus rapprochée possible du début de la maladie qu'il faut en faire usage.

Vomitifs; purgatifs. Je dois encore, à ce sujet, renvoyer le lecteur à ce qui a été dit de l'action des vomitifs contre le croup. Nous n'avons pas, il est vrai, des faits semblables pour apprécier l'efficacité de ces médicaments dans les cas de diphthérite bornée au pharynx ; mais l'identité des deux affections fait que, sans forcer l'analogie, on peut appliquer à l'une les réflexions inspirées par l'autre. Le vomitif que Guersant emploie ordinairement est le suivant :

(1) Voy. t. I, art. *Croup*.

℞ Infusion de polygala......	120 gram.	Émétique.............	0,05 gram.
Oxymel scillitique.......	22 gram.	Sirop d'ipécacuanha.....	80 gram.

A prendre par cuillerées.

Il faut, pour que l'action de ce moyen soit complète, qu'on ne laisse pas de trop longs intervalles entre l'administration de chaque cuillerée de cette potion : dix minutes ou un quart d'heure sont les limites convenables.

Les *purgatifs* sont bien loin d'être aussi fréquemment employés. Il faut toutefois excepter le *calomel*, dont l'action sur le tube digestif est liée à une autre action propre aux préparations mercurielles. Aussi n'ayant rien à dire de particulier des purgatifs, vais-je m'arrêter un instant sur ces dernières préparations.

Préparations mercurielles. J'ai déjà parlé des *insufflations faites avec les poudres mercurielles ;* il ne s'agira ici que des médicaments mercuriels donnés à l'intérieur, ou, pour mieux dire, du *calomel*, seul remède de ce genre qu'on ait généralement employé, et des *frictions mercurielles.* M. William Conolly de Cheltenham, cité par M. Twedie (1), prescrivit le mercure d'une manière suivie dans l'épidémie de Tours, dont M. Bretonneau nous a donné la relation. Voici comment il l'administrait :

Toutes les deux heures, il faisait prendre 0,10 grammes de calomel ; puis il faisait faire des frictions mercurielles sur le cou, sur le dos et sur les bras ; et dès que la lésion locale paraissait s'amender, lorsque surtout l'action du mercure se faisait sentir sur la bouche, il commençait à éloigner les intervalles de l'administration du calomel, qu'il discontinuait bientôt, ainsi que les frictions.

Nous avons vu que M. Bretonneau, sans nier absolument l'utilité de ces moyens, les a rangés parmi les simples adjuvants. La lecture des observations ne permet pas d'avoir une opinion différente. Guersant, trouvant trop forte la dose de calomel donnée par M. Conolly, l'a réduite à 0,05 grammes, et même à 0,025 grammes par chaque prise.

Enfin, lorsque l'on a cru trouver dans la maladie des caractères gangréneux, on a administré à l'intérieur les *toniques*, et en particulier le *vin de quinquina* et les amers ; mais les études sur ce point ne sont pas suffisantes pour qu'on en puisse rien dire de positif. J'aurai d'ailleurs à y revenir à l'occasion de la *pharyngite gangréneuse.*

Des *boissons émollientes*, lorsque la fièvre a un peu d'intensité et lorsque la douleur est un peu vive ; *excitantes*, comme l'*infusion de sauge*, lorsque la douleur est nulle et qu'il y a beaucoup d'abattement ; la *diète*, dans le premier cas ; un peu de *bouillon léger*, surtout chez les enfants, dans le second ; une *douce température* dans une chambre suffisamment aérée : tels sont les moyens qui complètent ce traitement, dont les principaux détails se trouvent dans l'article *Croup*, que j'ai dû plusieurs fois citer.

3° *Traitement préservatif.* Un seul mot suffit sur ce point : tous les médicaments, tous les régimes échouent ; l'*éloignement des sujets* est seul utile.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner des ordonnances, car il est très facile d'appliquer celles qui ont été présentées dans l'histoire du croup à l'affection qui nous occupe.

(1) *Cycl. of pract. med.*, art. ANGINA.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement local.* Cautérisation par les acides, par le nitrate d'argent ; insufflation des poudres cathérétiques : alun ; chlorure de chaux, de soude, etc. ; insufflation de poudres mercurielles ; scarifications ; pyrothonide ; injections d'eau tiède, adoucissants, émollients ; acidules ; gargarismes excitants ; révulsifs ; dérivatifs.

2° *Traitement général.* Émissions sanguines ; vomitifs ; purgatifs ; préparations mercurielles, toniques ; amers ; boissons émollientes, excitantes.

ARTICLE VII.

PHARYNGITE ULCÉREUSE.

La pharyngite ulcéreuse n'a point été l'objet d'une description particulière de la part des principaux auteurs de pathologie. A peine J. Frank en donne-t-il une vague indication ; il faut aller chercher dans les recueils et dans les traités particuliers, sous le titre d'*ulcères du pharynx*, les observations isolées de cette maladie, qui cependant doit intéresser, sous tous les rapports, les médecins.

Si nous jetons un coup d'œil sur les principaux faits que possède la science, nous voyons que la *pharyngite ulcéreuse simple* est, sinon entièrement inconnue, du moins excessivement rare. C'est dans le cours de certaines maladies, de la *fièvre typhoïde* en particulier, parmi les maladies aiguës, et de la *phthisie pulmonaire* parmi les maladies chroniques, qu'on voit survenir les ulcères du pharynx. Mais il est une autre espèce de pharyngite ulcéreuse qui est, sans contredit, la plus commune et de beaucoup la plus importante : je veux parler de la *pharyngite ulcéreuse syphilitique.*

M. le docteur Hamilton (1) a décrit une angine ulcéreuse, qu'il regarde comme *de nature scrofuleuse ;* mais il ne me paraît pas démontré que la maladie ne fût pas de nature syphilitique. Les faits rapportés par l'auteur laissent des doutes sur ce point. Les cas qu'il cite furent traités avec succès par la salsepareille, l'iodure de potassium, et la cautérisation avec le nitrate d'argent. C'est donc sur la pharyngite syphilitique que j'insisterai principalement dans cet article.

1° *Pharyngite ulcéreuse survenant dans le cours d'une autre maladie.* D'après ce que je viens de dire, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de donner la description des ulcères du pharynx développés sans maladies antécédentes, et hors de l'influence du virus syphilitique : c'est donc à l'histoire des affections dont la pharyngite ulcéreuse est une conséquence qu'il faut emprunter ce que nous avons à en dire. Je sais bien qu'en pareil cas elle ne constitue qu'une complication, ou, pour mieux dire, qu'une *lésion secondaire*, et que, par conséquent, d'après les principes que j'ai plusieurs fois établis, je devrais me borner à en parler à l'occasion de la maladie principale ; mais cette lésion est parfois assez grave pour exciter la sollicitude du médecin, et, à ce titre, elle mérite qu'on en dise quelques mots à part.

C'est, ainsi que je viens de le dire, *dans le cours de la fièvre typhoïde* que se

(1) *Dublin Journ. of med. science*, novembre 1844.

℞ Infusion de polygala......	120 gram.	Émétique.............	0,05 gram.
Oxymel scillitique........	22 gram.	Sirop d'ipécacuanha.....	80 gram.

A prendre par cuillerées.

Il faut, pour que l'action de ce moyen soit complète, qu'on ne laisse pas de trop longs intervalles entre l'administration de chaque cuillerée de cette potion : dix minutes ou un quart d'heure sont les limites convenables.

Les *purgatifs* sont bien loin d'être aussi fréquemment employés. Il faut toutefois excepter le *calomel*, dont l'action sur le tube digestif est liée à une autre action propre aux préparations mercurielles. Aussi n'ayant rien à dire de particulier des purgatifs, vais-je m'arrêter un instant sur ces dernières préparations.

Préparations mercurielles. J'ai déjà parlé des *insufflations faites avec les poudres mercurielles ;* il ne s'agira ici que des médicaments mercuriels donnés à l'intérieur, ou, pour mieux dire, du *calomel*, seul remède de ce genre qu'on ait généralement employé, et des *frictions mercurielles.* M. William Conolly de Cheltenham, cité par M. Twedie (1), prescrivit le mercure d'une manière suivie dans l'épidémie de Tours, dont M. Bretonneau nous a donné la relation. Voici comment il l'administrait :

Toutes les deux heures, il faisait prendre 0,10 grammes de calomel ; puis il faisait faire des frictions mercurielles sur le cou, sur le dos et sur les bras ; et dès que la lésion locale paraissait s'amender, lorsque surtout l'action du mercure se faisait sentir sur la bouche, il commençait à éloigner les intervalles de l'administration du calomel, qu'il discontinuait bientôt, ainsi que les frictions.

Nous avons vu que M. Bretonneau, sans nier absolument l'utilité de ces moyens, les a rangés parmi les simples adjuvants. La lecture des observations ne permet pas d'avoir une opinion différente. Guersant, trouvant trop forte la dose de calomel donnée par M. Conolly, l'a réduite à 0,05 grammes, et même à 0,025 grammes par chaque prise.

Enfin, lorsque l'on a cru trouver dans la maladie des caractères gangréneux, on a administré à l'intérieur les *toniques*, et en particulier le *vin de quinquina* et les amers ; mais les études sur ce point ne sont pas suffisantes pour qu'on en puisse rien dire de positif. J'aurai d'ailleurs à y revenir à l'occasion de la *pharyngite gangréneuse.*

Des *boissons émollientes*, lorsque la fièvre a un peu d'intensité et lorsque la douleur est un peu vive ; *excitantes*, comme l'*infusion de sauge*, lorsque la douleur est nulle et qu'il y a beaucoup d'abattement ; la *diète*, dans le premier cas ; un peu de *bouillon léger*, surtout chez les enfants, dans le second ; une *douce température* dans une chambre suffisamment aérée : tels sont les moyens qui complètent ce traitement, dont les principaux détails se trouvent dans l'article *Croup*, que j'ai dû plusieurs fois citer.

3° *Traitement préservatif.* Un seul mot suffit sur ce point : tous les médicaments, tous les régimes échouent ; l'*éloignement des sujets* est seul utile.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner des ordonnances, car il est très facile d'appliquer celles qui ont été présentées dans l'histoire du croup à l'affection qui nous occupe.

(1) *Cycl. of pract. med.*, art. Angina.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement local.* Cautérisation par les acides, par le nitrate d'argent ; insufflation des poudres cathérétiques : alun ; chlorure de chaux, de soude, etc. ; insufflation de poudres mercurielles ; scarifications ; pyrothonide ; injections d'eau tiède, adoucissants, émollients ; acidules ; gargarismes excitants ; révulsifs ; dérivatifs.

2° *Traitement général.* Émissions sanguines ; vomitifs ; purgatifs ; préparations mercurielles, toniques ; amers ; boissons émollientes, excitantes.

ARTICLE VII.

PHARYNGITE ULCÉREUSE.

La pharyngite ulcéreuse n'a point été l'objet d'une description particulière de la part des principaux auteurs de pathologie. A peine J. Frank en donne-t-il une vague indication ; il faut aller chercher dans les recueils et dans les traités particuliers, sous le titre d'*ulcères du pharynx*, les observations isolées de cette maladie, qui cependant doit intéresser, sous tous les rapports, les médecins.

Si nous jetons un coup d'œil sur les principaux faits que possède la science, nous voyons que la *pharyngite ulcéreuse simple* est, sinon entièrement inconnue, du moins excessivement rare. C'est dans le cours de certaines maladies, de la *fièvre typhoïde* en particulier, parmi les maladies aiguës, et de la *phthisie pulmonaire* parmi les maladies chroniques, qu'on voit survenir les ulcères du pharynx. Mais il est une autre espèce de pharyngite ulcéreuse qui est, sans contredit, la plus commune et de beaucoup la plus importante : je veux parler de la *pharyngite ulcéreuse syphilitique.*

M. le docteur Hamilton (1) a décrit une angine ulcéreuse, qu'il regarde comme *de nature scrofuleuse ;* mais il ne me paraît pas démontré que la maladie ne fût pas de nature syphilitique. Les faits rapportés par l'auteur laissent des doutes sur ce point. Les cas qu'il cite furent traités avec succès par la salsepareille, l'iodure de potassium, et la cautérisation avec le nitrate d'argent. C'est donc sur la pharyngite syphilitique que j'insisterai principalement dans cet article.

1° *Pharyngite ulcéreuse survenant dans le cours d'une autre maladie.* D'après ce que je viens de dire, il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de donner la description des ulcères du pharynx développés sans maladies antécédentes, et hors de l'influence du virus syphilitique : c'est donc à l'histoire des affections dont la pharyngite ulcéreuse est une conséquence qu'il faut emprunter ce que nous avons à en dire. Je sais bien qu'en pareil cas elle ne constitue qu'une complication, ou, pour mieux dire, qu'une *lésion secondaire*, et que, par conséquent, d'après les principes que j'ai plusieurs fois établis, je devrais me borner à en parler à l'occasion de la maladie principale ; mais cette lésion est parfois assez grave pour exciter la sollicitude du médecin, et, à ce titre, elle mérite qu'on en dise quelques mots à part.

C'est, ainsi que je viens de le dire, *dans le cours de la fièvre typhoïde* que se

(1) *Dublin Journ. of med. science*, novembre 1844.

montrent, le plus souvent, les ulcérations du pharynx, et M. Louis a noté qu'elles ne se sont jamais développées chez les sujets qui ont succombé avant le vingt-cinquième jour de la maladie. C'est donc une lésion secondaire, tardive, une de ces inflammations particulières qui viennent s'ajouter à la maladie principale pour en augmenter la gravité.

L'observateur que je viens de citer n'a rencontré cette lésion que dans un petit nombre de cas; mais il y a ceci de remarquable, qu'il ne l'a vue apparaître dans aucune autre affection aiguë. D'où il résulte, au moins dans l'état actuel de la science, que les ulcérations du pharynx sont *un des caractères anatomiques secondaires* de la fièvre typhoïde. Ces considérations nous font comprendre comment la pharyngite ulcéreuse sans affection concomitante est une maladie si rare, pour ne pas dire inconnue : si, la fièvre typhoïde exceptée, elle ne complique aucune des affections aiguës dans lesquelles cependant on peut trouver l'ulcération d'autres organes, à plus forte raison ne se montrera-t-elle pas spontanément.

Dans les cas où l'affection survient dans le cours d'une fièvre typhoïde, les *symptômes* peuvent manquer complétement. Il en est ainsi lorsque les sujets sont en proie au délire ou sont plongés dans la somnolence. Dans les autres cas, ces symptômes consistent dans la *gêne de la déglutition*, qui peut être quelquefois très grande, et dans une *douleur vive* ou un *pincement* signalé par quelques auteurs anciens. Au reste, l'*inspection de la gorge* peut parfois faire connaître la nature et l'étendue de la lésion, ce qui lève tous les doutes sur la cause de ces symptômes.

Tantôt il existe *un large ulcère* sur une partie des parois du pharynx, tantôt celles-ci sont *parsemées de petites ulcérations*; ce dernier cas est le plus fréquent. *Dans les grandes ulcérations*, on peut observer le décollement des bords et des lésions plus ou moins profondes du tissu muqueux. *Dans les petites*, la perte de substance paraît faite, comme avec un emporte-pièce, aux dépens du tissu muqueux.

Mais c'est assez insister sur ces lésions secondaires, malgré toute l'importance qu'elles peuvent avoir. Quant aux ulcérations qui se montrent dans la *phthisie pulmonaire*, je renvoie à ce que j'en ai dit à l'occasion de cette dernière maladie.

2° *Pharyngite ulcéreuse syphilitique*. C'est elle, je le répète, qui doit particulièrement fixer notre attention.

Cette affection, qui a reçu les noms de *chancre du pharynx*, *d'ulcère syphilitique de la gorge*, peut occuper le voile du palais, ses piliers, les amygdales et les parois du pharynx. Elle présente des particularités importantes, suivant qu'elle se montre dans l'un ou l'autre de ces points.

Il est évident que je n'ai pas à m'occuper d'une manière particulière des *causes* de cette lésion, puisque nous reconnaissons tout d'abord qu'elle est produite par le *virus syphilitique*; mais nous savons que les ulcères vénériens sont ordinairement divisés en *primitifs* et *consécutifs*; or cette pharyngite peut-elle être *primitive?* Les syphiliographes ont cité plusieurs faits qui le prouvent; mais, dans l'immense majorité des cas, elle n'est autre chose qu'un accident consécutif.

Il serait inutile de rechercher s'il existe des circonstances particulières qui favorisent le développement de cette affection; les travaux des auteurs sont muets sur ce point. Quant à la *forme de l'affection primitive* qui donne le plus souvent lieu

à l'apparition de la lésion secondaire, on peut voir, à l'article *Stomatite ulcéreuse*, les considérations que j'ai présentées et qui s'appliquent parfaitement à la maladie dont nous nous occupons.

Signes et symptômes. Les chancres du pharynx ont ordinairement une *forme arrondie*; ils sont plus ou moins profonds; leurs *bords* sont coupés à pic et ordinairement saillants, leur *fond* est d'un gris sale. Ils présentent autour d'eux *une rougeur comme érysipélateuse* plus ou moins étendue.

Mais, dans d'autres circonstances, ils ne conservent pas cette forme arrondie; ils sont *serpigineux*, s'étendent dans un sens quelconque et ravagent une grande partie du pharynx. On a encore observé la forme *phagédénique*, c'est-à-dire celle dans laquelle les tissus sont rongés profondément avec plus ou moins de rapidité, de manière à perforer les membranes, et souvent à mettre à nu les parties dures.

M. Ricord a décrit deux variétés de cette dernière forme. La première est désignée par lui sous le nom de *chancre phagédénique pultacé ou diphthéritique*, et la seconde sous celui de *chancre phagédénique gangréneux*. Ces expressions font assez comprendre quels sont les caractères de ces deux espèces d'ulcères, et l'on voit qu'en général la maladie syphilitique, tout en donnant aux affections secondaires un caractère spécifique dont il faut tenir compte, leur laisse la forme que nous leur avons reconnue dans les cas où l'affection est simple. C'est une loi que j'aurai plus d'une fois à mentionner lorsque je m'occuperai des lésions syphilitiques consécutives, et en particulier des *syphilides*.

Enfin on a tenu compte de l'élévation, de la dureté des bords de l'ulcère, d'où est résulté le *chancre à bords durs* ou le *chancre huntérien*, et le *chancre vulgaire*. On sait quelle est la manière de voir de M. Ricord (1) sur la valeur pronostique de ces ulcères, dans les cas où ils sont primitifs.

Tels sont les caractères communs des ulcères du pharynx; mais il en est qui leur sont propres, suivant qu'ils occupent tels ou tels points de la cavité pharyngienne, d'où il résulte que les symptômes sont variables dans les diverses espèces. Examinons-les donc successivement.

1° *Pharyngite syphilitique ulcéreuse ayant son siége au voile du palais* (palatite ulcéreuse syphilitique). On rencontre quelquefois sur le voile du palais et sur ses piliers des *ulcérations* en assez grand nombre, rondes, présentant un fond grisâtre, des bords taillés à pic et entourés d'une auréole rouge, diffuse. Ces ulcérations sont superficielles; elles ne déterminent qu'une *faible douleur*; mais, dans certains cas, elles sont très persistantes. On peut parvenir à les faire cicatriser en tout ou en partie; mais parfois elles se reproduisent avec la plus grande facilité. M. A. Cazenave (2) a rapporté un cas dans lequel, pendant huit ans, on a employé vainement les moyens en apparence les mieux appropriés pour faire disparaître cette affection rebelle.

Dans d'autres circonstances, les choses ne se passent point ainsi. On voit apparaître sur un des points du voile du palais, ou sur ses piliers, un *gonflement*, avec une rougeur obscure accompagnée d'une *gêne légère de la déglutition* et d'une *faible douleur*. Ce gonflement persiste pendant un nombre de jours assez considé-

(1) Voy. *Stomatite ulcéreuse*.
(2) *Traité des syphilides*, p. 139.

rable. Puis on voit apparaître vers son centre une *tâche* jaune, grisâtre, et bientôt après l'*ulcération* commence. Elle s'étend dans tous les sens, et envahit les points occupés par la rougeur et le gonflement, qui, à leur tour, se portent plus loin. Elle s'empare des tissus profonds, et enfin elle détermine la *perforation* du voile du palais et même la *dénudation des os* au point où ce voile membraneux vient s'insérer.

Assez fréquemment, l'ulcération est, en pareil cas, irrégulière. Il semble souvent que, dès le principe, toute l'épaisseur du voile du palais est affectée, et alors la partie envahie paraît comme tombée en gangrène. On voit, d'un bord de la perforation à l'autre, s'étendre des brides de tissu jaunâtre, mortifié, reste des tissus spécifiquement enflammés. Quoique présentant des irrégularités, les *bords* de la perforation sont toujours coupés net; ils sont un peu gonflés, offrent une couleur d'un gris sale, et laissent écouler un liquide ordinairement sanieux. Si, ce qui est fréquent, la perforation occupe un point voisin du bord libre du voile du palais, ou si elle fait des progrès très considérables, ce bord est envahi, le voile du palais est divisé complétement et quelquefois la luette est détruite.

Le principal symptôme des ulcérations superficielles est, ainsi que je l'ai dit, une douleur et une gêne légère vers l'isthme du gosier. Les symptômes des ulcérations profondes et des perforations sont plus graves. La *douleur* cependant n'est point ordinairement très intense. Dans quelques cas seulement où l'affection prend une marche très rapide, soit au début, soit à une époque plus ou moins avancée de son cours, les bords de l'ulcération sont violemment enflammés, et il en résulte une douleur beaucoup plus vive. La *déglutition* est cependant médiocrement gênée. Il en est tout autrement de la *parole* qui, plus ou moins voilée lorsque la perforation n'existe pas encore, devient extrêmement difficile et nasonnée lorsque la perforation est complète. Cela tient à ce que le voile du palais ne pouvant plus empêcher l'air de traverser presque uniquement les fosses nasales quand on parle, celles-ci altèrent le son par leur retentissement. Ce phénomène est encore plus sensible lorsque le voile du palais est complétement divisé et que l'affection a été portée au point de dénuder les os.

Pharyngite tonsillaire syphilitique ulcéreuse (ulcère syphilitique des amygdales). Suivant les auteurs qui se sont occupés des maladies vénériennes, les ulcères syphilitiques des amygdales sont ordinairement plus profonds et plus larges que ceux du voile du palais. Leurs *bords* sont exactement taillés à pic; ils présentent une *surface* grisâtre, arrondie, qui pénètre quelquefois toute l'épaisseur de la glande (Cazenave). Dans quelques circonstances même, on voit se développer sur ces glandes l'ulcère phagédénique, qui quelquefois marche avec une grande rapidité. Alors les amygdales sont promptement détruites; les autres parties du pharynx sont rapidement envahies, et il en résulte les plus grands désordres, tels que la *dénudation* des os et la *nécrose*.

Le voisinage de grosses artères rend cette affection beaucoup plus dangereuse encore. Nous en voyons un exemple dans un cas cité par M. Herbert Mayo (1). Un ulcère de ce genre détermina une *hémorrhagie* qui menaçait d'être mortelle, et qui ne put être arrêtée que par la ligature de l'artère carotide. M. Mayo rappelle à

(1) *The London med. and surg. Journ.*, décembre 1829; extrait dans les *Arch. gén. de méd.*, t. XXII, 1830.

ce sujet un cas semblable rapporté par le docteur Watson. Dans ces deux cas, c'était l'artère linguale qui avait fourni le sang. On conçoit même que l'artère carotide, voisine de l'amygdale, pourrait être envahie par l'ulcération, d'où résulterait une hémorrhagie foudroyante; mais je ne connais pas d'exemple de cet accident, si ce n'est peut-être un fait communiqué par M. Daniell (1), à la Société médicale de Westminster. Voici le résumé de cette curieuse observation : Un malade d'un tempérament essentiellement scrofuleux, fut atteint au cou de glandes scrofuleuses, qui s'abcédèrent, se cicatrisèrent et furent bientôt remplacées par une tuméfaction de l'amygdale gauche; cette glande ayant fini par s'ulcérer, donna lieu tout à coup à une hémorrhagie qu'on évalua à un litre environ. La ligature de l'artère carotide primitive fut aussitôt pratiquée par M. Morgan et l'hémorrhagie cessa immédiatement. Le malade guérit; mais il fut impossible de reconnaître l'artère qui avait donné lieu à un écoulement si abondant et si terrible de sang. C'est dans des cas de ce genre que M. Ricord a observé principalement les deux formes d'*ulcère phagédénique diphthéritique* et d'*ulcère phagédénique gangreneux*, sur lesquelles il serait inutile d'insister.

Les *symptômes* propres à l'ulcération des amygdales ne sont pas très nombreux. La *gêne de la déglutition* n'est portée à un haut degré que dans les cas où, par suite de la marche très rapide de la maladie, l'inflammation est vive. La matière de l'*expectoration* contient des débris de l'amygdale détruite : une espèce de détritus, de sanie résultant de la suppuration. Souvent on trouve, sur les parties latérales du cou, les ganglions engorgés et douloureux, ce qui occasionne une difficulté plus ou moins grande à ouvrir la bouche. Je n'ai pas besoin de rappeler, comme symptôme, l'*hémorrhagie* dont je viens de parler.

Lorsque l'ulcère des amygdales a le caractère phagédénique, et qu'il a fait de grands progrès, il en résulte un affaiblissement général avec amaigrissement, décoloration, fièvre lente, en un mot tous les signes de la *cachexie syphilitique*.

Pharyngite syphilitique ulcéreuse des parties reculées du pharynx. Nous retrouvons ici la *tuméfaction*, la *rougeur* obscure préalable, le *fond grisâtre* de l'ulcération, l'élévation des *bords*, et leur section nette. La surface de l'ulcère paraît assez fortement déprimée; quelquefois elle se recouvre de mucosités épaisses qui pourraient empêcher de la découvrir, si l'on n'avait soin de nettoyer le pharynx. Dans d'autres circonstances, ainsi que le fait remarquer M. Cazenave, l'ulcère est situé à la partie supérieure de la cavité pharyngienne, et il faut un examen attentif pour le découvrir derrière le voile du palais. Comme les précédents, cet ulcère peut être rongeant, détruire tous les tissus mous, mettre à nu les os, et déterminer par là leur nécrose. M. Lagneau a vu des cas de ce genre.

Quant aux *symptômes* propres à cette variété, ils sont peu nombreux. Si l'ulcère est situé très haut sur la paroi postérieure du pharynx, il en résulte, suivant la remarque de M. Cazenave, une *otalgie* qui se produit surtout la nuit, et qui s'accompagne de *tintements d'oreilles*. Ce symptôme est très pénible et alarme beaucoup les malades. On l'observe aussi dans les cas d'amygdalite ulcéreuse, mais bien moins fréquemment que dans celui dont il s'agit.

Si, au contraire, l'ulcère occupe la partie inférieure du pharynx, la *déglutition*

(1) Séance du 24 novembre 1849, et *Union médicale*, 18 avril 1850.

est beaucoup plus gênée que dans les autres cas, et l'on constate en même temps l'*intégrité de la voix* et l'absence de toute lésion dans la partie supérieure de la cavité. Il faut toutefois, pour qu'il en soit ainsi, que l'ulcération ne se porte pas vers le larynx, ce qu'elle n'a que trop de tendance à faire.

Si maintenant nous recherchons quels sont les *symptômes communs* de ces variétés d'une même affection, nous les trouvons dans la gêne ordinairement médiocre de la déglutition, dans les altérations de la voix, dans la fétidité plus ou moins grande de l'haleine, et dans l'inquiétude qu'elles inspirent presque constamment au malade.

M. Deville (1) a observé un cas dans lequel une angine syphilitique s'est accompagnée d'un *trismus* qui a duré jusqu'à la mort. Il y avait une vingtaine d'ulcérations grisâtres et à bords taillés à pic dans le pharynx, qui était d'un rouge très sombre.

Jusqu'ici j'ai étudié séparément ces trois variétés pour la facilité de la description; mais il faut ajouter que souvent les ulcères envahissent plusieurs points du pharynx à la fois. Il suffit de signaler ce fait pour qu'on comprenne ce qui se passe dans ces cas complexes.

Une fois développée, la maladie, surtout quand elle est consécutive, n'a point de tendance naturelle à la guérison. Lorsque, par un traitement approprié, on est parvenu à s'en rendre maître, on voit les ulcères se déterger, leurs bords s'affaisser et se rapprocher du centre. La gêne de la déglutition et le peu de douleur qui existaient disparaissent; et si l'ulcère était superficiel, il ne reste aucune trace du mal. Si, au contraire, l'ulcération a pénétré profondément, il reste une cicatrice blanche, irrégulière, très visible. M. Rayer (2) en a figuré plusieurs qui occupaient une grande étendue du voile du palais et de la voûte palatine.

Marche ; durée ; terminaison. La *marche* de la pharyngite syphilitique ulcéreuse est très importante à considérer; elle est presque toujours lente. La persistance des symptômes, alors même que l'ulcération ne s'est pas encore produite, n'est nullement en rapport avec le peu de gravité apparente de la maladie. Pendant quinze jours, trois semaines, plus longtemps encore, on peut n'apercevoir dans les diverses parties de la gorge qu'une rougeur obscure avec un gonflement léger; puis l'ulcération commence, et alors on ne peut plus avoir de doutes sur la nature de l'affection. Les ulcères eux-mêmes peuvent rester longtemps stationnaires, ce qui ne les empêche pas de faire ensuite, et quelquefois tout à coup, à une époque variable, des progrès très rapides. Il n'est donc pas toujours permis de juger, d'après les premiers progrès du mal, s'il aura dans son cours une marche lente ou rapide. Cependant si, après un petit nombre de jours de durée, l'ulcération est déjà manifeste, on pourra craindre qu'elle ne marche avec une très grande rapidité, et ne présente les caractères de l'ulcère phagédénique.

Il en résulte que la *durée* de l'affection, quoique longue en général, est cependant assez variable. Dans les cas où, par suite de l'épuisement et de la cachexie syphilitique, les malades sont entraînés au tombeau, ils peuvent pendant très longtemps être en proie à cette cruelle affection.

Je viens de dire que la pharyngite ulcéreuse syphilitique se termine quelquefois

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1843.
(2) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, atlas, in-4°, pl. col.

par la mort. Cette *terminaison* est heureusement fort rare. Tantôt elle est causée par un ulcère phagédénique aigu qui a rapidement détruit une très grande étendue des tissus ; tantôt la mort survient lentement, et alors un grand nombre d'autres symptômes syphilitiques, comme les ulcères dans d'autres parties du corps, les exostoses, les nécroses, y contribuent pour une grande partie.

Lésions anatomiques. Je dois exposer en peu de mots les lésions anatomiques qui ont été déjà indiquées dans la description des symptômes. Les perforations du voile du palais ; la destruction des parties molles ; la muqueuse au pourtour, ainsi que le tissu sous-muqueux, rouges, infiltrés, indurés ou ramollis ; le détritus sanieux ou gangréneux qui occupe le fond des ulcères ; les os mis à nu, nécrosés ; le liquide purulent, de mauvaise nature, qui les baigne : telles sont les altérations qu'on a trouvées à l'ouverture du corps, dans les cas rares où les désordres ont été assez considérables pour entraîner la mort, ou chez les sujets qui ont succombé à une autre maladie.

Diagnostic ; pronostic. Le *diagnostic* de la pharyngite syphilitique ulcéreuse présente des particularités importantes. Il s'agit, en effet, de savoir non seulement s'il existe une pharyngite, mais quelle est sa nature. Voyons donc avec quelles autres maladies du pharynx on pourrait la confondre. Il faut pour cela étudier la pharyngite avant et après l'ulcération.

Avant l'ulcération, le diagnostic est assez difficile. Cependant on peut l'établir en tenant compte des principales circonstances. Nous avons vu que, par sa marche, la pharyngite syphilitique se distingue de la *pharyngite simple aiguë.* La première a, dans presque tous les cas, une marche chronique très remarquable. Si, au contraire, elle marche avec une grande rapidité, l'ulcération se montre presque aussitôt, ce qui suffit pour éloigner immédiatement l'idée d'une pharyngite simple.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la distinguer de la *pharyngite simple chronique.* Les symptômes sont en effet à très peu près les mêmes. Cependant si la rougeur, le gonflement, la sensation de gêne éprouvés par le malade se montrent *dans un point limité du pharynx,* si la maladie fait chaque jour des progrès réels, quoique lents ; si la partie enflammée a cette rougeur luisante et cette sécheresse remarquable signalées par M. Cazenave ; si, enfin, les antécédents du malade donnent l'idée d'une infection générale, on doit, de préférence, admettre l'existence de la pharyngite ulcéreuse syphilitique. Si le sujet présentait en même temps d'autres symptômes de syphilis constitutionnelle, tels que des ulcères, une éruption de syphilides, etc., il ne resterait plus de doutes sur la nature de l'affection.

Le diagnostic de la pharyngite syphilitique ulcéreuse et des *ulcères d'une autre nature* développés dans la cavité pharyngienne a plus particulièrement attiré l'attention des auteurs. M. Lagneau (1) a dressé un tableau des signes diagnostiques différentiels de ces diverses affections ; mais il y a fait entrer les ulcères de la bouche aussi bien que ceux du pharynx. Quant à moi, j'écarterai les ulcères scorbutiques qui occupent presque exclusivement la bouche, et qui se montrent dans des circonstances tellement tranchées, que l'erreur de diagnostic n'est pas à craindre ; les ulcères mercuriels qui se montrent dans le cours d'une salivation dont le siége

(1) *Loc. cit.*, p. 290 et 291.

principal est encore la bouche, et les diverses espèces d'aphthes qui n'ont que des rapports très éloignés avec la maladie qui nous occupe. Il ne reste donc plus que les *ulcères simples* et l'*ulcère cancéreux*.

Les *ulcères simples* sont très rares, comme je l'ai constaté plus haut. Ils résultent de l'ouverture de petits abcès qui avaient leur siége dans les amygdales, et cette circonstance suffit déjà pour éloigner l'idée de l'ulcère syphilitique. Suivant M. Lagneau, leur surface d'un rouge très vermeil, leur circonférence de couleur naturelle, leur petit nombre, la douleur vive qu'ils occasionnent, contrastent avec les conditions opposées où se trouvent les ulcères vénériens.

Quant à l'*ulcère cancéreux*, qui quelquefois en a imposé pour une pharyngite syphilitique ulcéreuse, j'indiquerai son diagnostic dans un des articles suivants, après avoir dit quelques mots du *cancer du pharynx*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite syphilitique ulcéreuse avant l'ulcération, et de la pharyngite simple aiguë.*

PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ENCORE ULCÉRÉE.	PHARYNGITE SIMPLE AIGUË.
Ordinairement *marche chronique.*	*Marche aiguë.*
Dans les cas où la marche est aiguë, *ulcérations très promptement développées.*	*Point d'ulcérations.*

2° *Signes distinctifs de la pharyngite syphilitique avant l'ulcération, et de la pharyngite simple chronique.*

PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ULCÉRÉE.	PHARYNGITE SIMPLE CHRONIQUE.
Rougeur, gonflement, gêne, *limités à un point circonscrit* du pharynx.	Rougeur, gonflement, gêne, *étendus à une grande partie* du pharynx.
Chaque jour, *progrès réels*, quoique lents.	Maladie *presque stationnaire.*
Aspect luisant et *sécheresse* remarquable de la muqueuse.	Muqueuse *couverte de mucosités*, quelquefois puriformes.
Commémoratifs : infection syphilitique ; chancres, bubons, cicatrices, etc.	*Point d'infection syphilitique* antécédente ; pas de chancres, pas de bubons, etc. (signes douteux).
Symptômes concomitants : ulcères, nécroses, syphilides, etc.	*Point de symptômes syphilitiques concomitants.*

3° *Signes distinctifs de la pharyngite ulcéreuse syphilitique et de la pharyngite ulcéreuse simple.*

PHARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.	PHARYNGITE ULCÉREUSE SIMPLE.
Fréquente.	*Très rare.*
Se développe *spontanément.*	*Succède à l'ouverture des abcès.*
Fond *grisâtre.*	Fond *rouge vermeil.*
Circonférence d'*un rouge obscur* plus ou moins étendue.	Circonférence de *couleur naturelle.*
Ulcères quelquefois *en assez grand nombre.*	*Un seul ulcère* ordinairement.
Gêne plutôt que douleur.	*Douleur* vive.

Pronostic. Le pronostic de la pharyngite ulcéreuse syphilitique dépend de plusieurs circonstances qui le rendent assez compliqué. Dans un bon nombre de cas, l'affection de la gorge n'étant qu'une partie de la maladie, il est évident que le

pronostic ne saurait être porté qu'en ayant égard aux diverses autres lésions développées sur les différents points du corps.

Cependant on peut, de l'état même de la gorge, tirer quelques conséquences utiles pour le pronostic. Si l'ulcération s'est montrée très promptement ; si, en peu de temps, elle a fait des progrès considérables ; si les bords en sont très enflammés et le fond sanieux, le pronostic est grave, car on a affaire à l'ulcère rongeant, qui peut occasionner les plus grands désordres.

D'après le fait cité par M. Cazenave, nous avons vu qu'alors même que les ulcérations sont petites et très superficielles, on ne peut pas en conclure que la maladie cédera facilement au traitement approprié ; tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il est plus que probable que l'affection ne fera point de progrès alarmants.

Enfin, dans les ulcères à marche chronique, c'est dans l'état général qu'il faut chercher les principaux éléments du pronostic, qui est assez grave lorsque l'on observe les signes de la cachexie syphilitique.

Traitement. Si je voulais entrer dans tous les détails que comporte le traitement de la pharyngite ulcéreuse syphilitique, j'aurais à citer presque tous les moyens mis en usage contre la syphilis constitutionnelle ; mais ces moyens seront exposés ailleurs ; ici il importe seulement d'indiquer ceux qui s'appliquent plus particulièrement à la cure des ulcères syphilitiques de la gorge. Je commencerai par le traitement local.

Traitement local. Il faut d'abord examiner si les ulcères sont très douloureux, très enflammés, ou bien s'ils ne présentent que cette subinflammation, cette douleur légère qui se montrent dans le plus grand nombre des cas. Le traitement local est, en effet, très différent suivant ces deux circonstances.

Traitement local des ulcères fortement enflammés. Les gargarismes adoucissants composés de *lait tiède*, d'*eau d'orge miellée*, de décoction de *graine de lin*, de racine de *guimauve*, etc., en un mot les divers émollients, sont généralement employés dans ce cas. Si la douleur est très vive, on ajoute à ces gargarismes 15 à 20 gouttes de *teinture d'opium*. C'est dans les cas de ce genre qu'on s'est bien trouvé de lotions fréquentes à l'aide de l'*eau tiède* simple. On peut aussi employer le *collutoire* suivant proposé par Rust (1) :

℞ Calomel	4 gram.	Eau de chaux	120 gram.
Opium	1,25 gram.		

Mêlez. Pour toucher, à l'aide d'un pinceau, les ulcères de la gorge.

En même temps on applique à l'extérieur des préparations émollientes, comme les fomentations autour du cou avec l'eau de guimauve, les cataplasmes, etc.

Lorsque, à l'aide de ce traitement, on a ramené l'ulcération à un état inflammatoire modéré, on emploie les moyens qui seront indiqués plus loin, et qui sont destinés à combattre le caractère spécifique de la maladie.

Il est cependant une circonstance dans laquelle on ne doit pas agir de cette manière, c'est lorsqu'il existe un de ces *ulcères rongeants phagédéniques*, dont il est important d'arrêter les progrès par des moyens énergiques. Dans ces cas, il faut se hâter d'appliquer sur la partie ulcérée des médicaments actifs qui modifient

(1) *Helkologie*. Vienne, 1811, t. II.

principal est encore la bouche, et les diverses espèces d'aphthes qui n'ont que des rapports très éloignés avec la maladie qui nous occupe. Il ne reste donc plus que les *ulcères simples* et l'*ulcère cancéreux*.

Les *ulcères simples* sont très rares, comme je l'ai constaté plus haut. Ils résultent de l'ouverture de petits abcès qui avaient leur siége dans les amygdales, et cette circonstance suffit déjà pour éloigner l'idée de l'ulcère syphilitique. Suivant M. Lagneau, leur surface d'un rouge très vermeil, leur circonférence de couleur naturelle, leur petit nombre, la douleur vive qu'ils occasionnent, contrastent avec les conditions opposées où se trouvent les ulcères vénériens.

Quant à l'*ulcère cancéreux*, qui quelquefois en a imposé pour une pharyngite syphilitique ulcéreuse, j'indiquerai son diagnostic dans un des articles suivants, après avoir dit quelques mots du *cancer du pharynx*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pharyngite syphilitique ulcéreuse avant l'ulcération, et de la pharyngite simple aiguë.*

PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ENCORE ULCÉRÉE.	PHARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Ordinairement *marche chronique*.	*Marche aiguë.*
Dans les cas où la marche est aiguë, *ulcérations très promptement développées.*	*Point d'ulcérations.*

2° *Signes distinctifs de la pharyngite syphilitique avant l'ulcération, et de la pharyngite simple chronique.*

PHARYNGITE SYPHILITIQUE NON ULCÉRÉE.	PHARYNGITE SIMPLE CHRONIQUE.
Rougeur, gonflement, gêne, *limités à un point circonscrit* du pharynx.	Rougeur, gonflement, gêne, *étendus à une grande partie* du pharynx.
Chaque jour, *progrès réels*, quoique lents.	Maladie *presque stationnaire*.
Aspect luisant et *sécheresse* remarquable de la muqueuse.	Muqueuse *couverte de mucosités*, quelquefois puriformes.
Commémoratifs : infection syphilitique ; chancres, bubons, cicatrices, etc.	*Point d'infection syphilitique* antécédente ; pas de chancres, pas de bubons, etc. (signes douteux).
Symptômes concomitants : ulcères, nécroses, syphilides, etc.	*Point de symptômes syphilitiques concomitants.*

3° *Signes distinctifs de la pharyngite ulcéreuse syphilitique et de la pharyngite ulcéreuse simple.*

PHARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.	PHARYNGITE ULCÉREUSE SIMPLE.
Fréquente.	*Très rare.*
Se développe *spontanément*.	*Succède à l'ouverture des abcès.*
Fond *grisâtre*.	Fond *rouge vermeil*.
Circonférence d'*un rouge obscur* plus ou moins étendue.	Circonférence de *couleur naturelle*.
Ulcères quelquefois *en assez grand nombre*.	*Un seul ulcère* ordinairement.
Gêne plutôt que douleur.	*Douleur* vive.

Pronostic. Le pronostic de la pharyngite ulcéreuse syphilitique dépend de plusieurs circonstances qui le rendent assez compliqué. Dans un bon nombre de cas, l'affection de la gorge n'étant qu'une partie de la maladie, il est évident que le

pronostic ne saurait être porté qu'en ayant égard aux diverses autres lésions développées sur les différents points du corps.

Cependant on peut, de l'état même de la gorge, tirer quelques conséquences utiles pour le pronostic. Si l'ulcération s'est montrée très promptement ; si, en peu de temps, elle a fait des progrès considérables ; si les bords en sont très enflammés et le fond sanieux, le pronostic est grave, car on a affaire à l'ulcère rongeant, qui peut occasionner les plus grands désordres.

D'après le fait cité par M. Cazenave, nous avons vu qu'alors même que les ulcérations sont petites et très superficielles, on ne peut pas en conclure que la maladie cédera facilement au traitement approprié ; tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il est plus que probable que l'affection ne fera point de progrès alarmants.

Enfin, dans les ulcères à marche chronique, c'est dans l'état général qu'il faut chercher les principaux éléments du pronostic, qui est assez grave lorsque l'on observe les signes de la cachexie syphilitique.

Traitement. Si je voulais entrer dans tous les détails que comporte le traitement de la pharyngite ulcéreuse syphilitique, j'aurais à citer presque tous les moyens mis en usage contre la syphilis constitutionnelle ; mais ces moyens seront exposés ailleurs ; ici il importe seulement d'indiquer ceux qui s'appliquent plus particulièrement à la cure des ulcères syphilitiques de la gorge. Je commencerai par le traitement local.

Traitement local. Il faut d'abord examiner si les ulcères sont très douloureux, très enflammés, ou bien s'ils ne présentent que cette subinflammation, cette douleur légère qui se montrent dans le plus grand nombre des cas. Le traitement local est, en effet, très différent suivant ces deux circonstances.

Traitement local des ulcères fortement enflammés. Les gargarismes adoucissants composés de *lait tiède*, d'*eau d'orge miellée*, de décoction de *graine de lin*, de racine de *guimauve*, etc., en un mot les divers émollients, sont généralement employés dans ce cas. Si la douleur est très vive, on ajoute à ces gargarismes 15 à 20 gouttes de *teinture d'opium*. C'est dans les cas de ce genre qu'on s'est bien trouvé de lotions fréquentes à l'aide de l'*eau tiède* simple. On peut aussi employer le *collutoire* suivant proposé par Rust (1) :

℞ Calomel .... 4 gram.	Eau de chaux .... 120 gram.
Opium .... 1,25 gram.	

Mêlez. Pour toucher, à l'aide d'un pinceau, les ulcères de la gorge.

En même temps on applique à l'extérieur des préparations émollientes, comme les fomentations autour du cou avec l'eau de guimauve, les cataplasmes, etc.

Lorsque, à l'aide de ce traitement, on a ramené l'ulcération à un état inflammatoire modéré, on emploie les moyens qui seront indiqués plus loin, et qui sont destinés à combattre le caractère spécifique de la maladie.

Il est cependant une circonstance dans laquelle on ne doit pas agir de cette manière, c'est lorsqu'il existe un de ces *ulcères rongeants phagédéniques*, dont il est important d'arrêter les progrès par des moyens énergiques. Dans ces cas, il faut se hâter d'appliquer sur la partie ulcérée des médicaments actifs qui modifient

(1) *Helkologie.* Vienne, 1811, t. II.

l'inflammation, et d'administrer en même temps à l'intérieur un traitement antisyphilitique énergique; en un mot, de se conduire promptement de la manière qui va être indiquée pour les ulcères peu enflammés, et dont la marche n'est pas très rapide.

Traitement des ulcères peu enflammés. Dans cette seconde espèce d'ulcères, le traitement local doit être excitant, cathérétique et antisyphilitique. A cet effet, on emploie divers *gargarismes* dont les auteurs ont conseillé un nombre très considérable. Je dois me borner à en indiquer quelques uns, tout en regrettant que des recherches exactes n'aient point fait connaître la valeur relative de ces divers moyens. Au lieu d'indiquer chaque jour quelque médicament nouveau, on agirait bien plus utilement pour la science, en soumettant à un examen attentif ceux qui ont été déjà proposés et vantés.

Collutoires stimulants. M. Cullerier avait recours, presque indifféremment, aux diverses préparations suivantes, qu'il faisait appliquer avec un pinceau sur la surface ulcérée :

1° *Solution de sulfate de zinc.*

♃ Eau pure	30 gram.	Sulfate de zinc	0,05 à 0,10 gram.

Dissolvez. Pour toucher les ulcères trois ou quatre fois par jour.

2° *Solution de sulfate de cuivre.*

♃ Eau	30 gram.	Sulfate de cuivre.	0,025 à 0,05 gram.

Dissolvez. A employer comme la solution précédente.

3° *Solution d'eau créosotée.*

♃ Eau	30 gram.	Créosote	1 goutte.

Touchez deux ou trois fois par jour les ulcères avec cette solution.

Il est important, après l'emploi de ces gargarismes, et surtout du dernier, de faire gargariser les malades avec une décoction émolliente.

Iode. On peut employer de la même manière la *solution iodurée*, qui jouit en même temps de l'action spécifique que lui communique l'iode. Pour cela on emploie la formule suivante :

♃ Iode très pur	4 gram.	Eau distillée	60 gram.
Iodure de potassium	8 gram.		

Touchez deux ou trois fois par jour les parties malades avec un pinceau de charpie imbibé de cette liqueur.

On conçoit qu'on pourrait multiplier ces formules en indiquant les divers excitants dont on peut se servir pour animer la surface de l'ulcère.

Collutoires mercuriels. Souvent, dit M. Cullerier, ce traitement suffit pour obtenir la cicatrisation des ulcères primitifs de la gorge; mais parfois l'affection résiste : alors, aussi bien que dans les cas d'ulcères consécutifs, il faut avoir recours à des moyens spécifiques. Dans ce but, on emploie les divers *collutoires mercuriels*, tels que les suivants, dont le premier est proposé par cet auteur :

♃ Eau distillée	30 gram.	Laudanum	6 à 10 gouttes.
Deutochlorure de mercure	0,12 gram.		

Pour toucher les ulcères matin et soir.

Rust recommandait le *collutoire suivant :*

℞ Deutochlor. de mercure.	0,30 à 0,60 gram.	Teinture d'opium	4 gram.
Extrait de ciguë	åå 8 gram.	Miel rosat	30 gram.
— de camomille			

Pour toucher deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau, la surface des ulcères.

Insufflations de poudres mercurielles. Ces insufflations ne présentant rien de particulier dans cette affection, il me suffit de renvoyer à l'article *Coryza chronique* (1), où l'on trouvera la description des insufflations telles qu'elles sont prescrites par M. Trousseau. L'insufflation de poudres cathérétiques, comme la *poudre d'alun, de sulfate de zinc*, etc., se fait de la même manière.

Ces divers moyens employés pour porter sur la surface ulcérée la préparation médicamenteuse, valent mieux que les gargarismes, qui font faire au malade des mouvements douloureux, et dans lesquels la substance médicamenteuse ne peut entrer que dans une très faible proportion.

Caustiques. Quelquefois, et surtout lorsqu'on veut arrêter rapidement les progrès d'une ulcération alarmante, on emploie des caustiques assez actifs. M. Cullerier conseille la cautérisation à l'aide du *crayon de nitrate d'argent.* Il vaut mieux peut-être recourir à la cautérisation par une *solution concentrée de ce sel*, que l'on portera sur la surface ulcérée à l'aide d'une petite éponge fixée sur une tige de baleine. Les acides *hydrochlorique, nitrique, sulfurique, nitrate acide de mercure*, sont employés de la même manière, mêlés, à parties égales, au miel rosat. J'ai eu tant de fois occasion d'indiquer cette cautérisation des divers ulcères, qu'il est inutile d'y insister davantage ici.

Je crois devoir faire connaître, après ces moyens, un topique conseillé par Brera, et composé d'un grand nombre de substances, tout en reconnaissant qu'il est impossible de dire s'il a quelque avantage sur les autres collutoires déjà cités. Si les ulcères sont invétérés, Brera conseille de les toucher souvent avec la composition suivante :

℞ Racine d'aristoloche ronde.	åå 15 gram.	Écorce de bois de gayac	5 gram.
— longue.		Girofle	8 gram.
Iris de Florence		Camphre	12 gram.
Poudre de gomme opoponax	åå 8 gram.	Alcool	300 gram.
Sagapenum			

Mêlez. Faites infuser pendant vingt-quatre heures, et conservez dans un vase clos.

C'est sans doute par ses vertus excitantes que ce collutoire a de l'action sur les ulcères vénériens.

Collutoires désinfectants. Nous avons vu, à l'article *Coryza ulcéreux* (voy. t. I), la solution de divers *chlorures* employée avec succès ; on s'en est également servi dans les ulcères de la gorge. Voici celle qu'on emploie à la Maison de santé de Paris, contre les ulcérations des gencives, et qu'on peut appliquer à la pharyngite ulcéreuse.

Solution chlorurée.

℞ Gomme adragante .... 0,60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau de fontaine .... 120 gram.

(1) T. I, p. 58 de cet ouvrage.

Ajoutez :

Sirop de sucre............ 15 gram.	Chlore liquide........... 15 gram.

Mêlez exactement. C'est à l'aide d'un pinceau qu'il faut encore porter le mélange sur la surface ulcérée.

Cinabre. Enfin on a eu recours, dans les cas très rebelles, aux *fumigations de cinabre.* Je renvoie, pour la manière de pratiquer ces fumigations, à l'article *Coryza ulcéreux* (t. I), dans lequel j'ai fait connaître la méthode de M. Werneck, et je me borne à indiquer ici un moyen fort simple proposé par Dalmas, pour porter vers la gorge les *vapeurs cinabrées.*

FUMIGATIONS CINABRÉES A L'AIDE DU TABAC MERCURIEL.

Roulez dans du cinabre porphyrisé des feuilles de sauge imprégnées d'une eau fortement gommée. Lorsqu'elles seront bien chargées de sulfure de mercure, faites-les dessécher à l'air libre ; puis, faites fumer au malade, chaque jour, deux pipes chargées de ce tabac : augmentez ce nombre d'une pipe tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à fumer à peu près 2 grammes de cinabre dans la journée. Après chaque pipe, le malade se gargarisera avec une décoction d'eau d'orge miellée.

M. Venot, qui a employé ce moyen dans un cas où le *sirop de Larrey*, les *frictions mercurielles*, divers gargarismes et collyres avaient été vainement mis en usage, observa, au bout de huit jours, une amélioration sensible dans les ulcérations profondes qui siégeaient sur les tonsilles, et vit disparaître tous les symptômes en un mois. Ce moyen doit donc être recommandé aux praticiens, et il serait à désirer que ses effets fussent de nouveau constatés.

Je ne m'étendrai pas davantage sur le traitement local, pour lequel les indications précédentes suffisent, et je dirai un mot du traitement général, qui offre encore bien moins de particularités applicables au cas dont nous nous occupons.

Traitement général. Il est rare qu'on puisse se dispenser d'employer immédiatement un traitement général propre à combattre les symptômes de syphilis constitutionnelle. Presque toujours il faut se hâter d'y avoir recours, afin de ne pas laisser prendre à la maladie une extension trop grande, avant que le médicament ait pu agir sur la constitution. C'est ici que les divers moyens se présentent en nombre infini. Je me bornerai à en indiquer quelques uns, parce que, ne s'appliquant pas exclusivement à la maladie qui nous occupe, ils devront être passés en revue à l'occasion de la syphilis constitutionnelle, où on les trouvera exposés avec les détails nécessaires.

Sudorifiques. Les *sudorifiques* sont généralement employés en pareil cas. On sait que la *salsepareille*, le *gayac*, entrent principalement dans la composition de ces médicaments. La *salsepareille*, entre autres, est particulièrement prescrite ; elle fait partie des *décoctions d'Abernethy, de Pollini, de Zittmann*, etc. Sam. Cooper a donné, sous le titre de *décoction composée de salsepareille*, la formule suivante qui peut être facilement employée :

♃ Décoct. simple de salsepareille.	2 kilog.	Racine de réglisse.......... 30 gram.
Racine de sassafras......	āā 30 gram.	Essence de racine de mezereum 12 gram.
Bois de gayac..........		

Faites bouillir le tout ensemble pendant un quart d'heure, et passez. Dose : de 120 à 240 grammes par jour.

Manghan (1) avait une grande confiance dans la salsepareille qu'il administrait *en poudre à la dose de 4 grammes, trois fois par jour.* Selon lui, cette substance est aussi efficace que le mercure lui-même; mais, comme on le pense bien, il n'apporte point de preuves suffisantes de la vérité de cette assertion.

Mercuriaux. Le plus souvent on est obligé d'avoir recours à une préparation mercurielle; la *liqueur de Van-Swieten* ou bien la *formule d'Hundertmark* (2) pourront être prescrites. M. Rayer (3) préfère les *pilules de Sédillot*, dont il a un peu modifié la formule.

Le *proto-iodure de mercure* était employé de préférence par Biett, à la dose de 0,025 grammes à 0,05 par jour en pilules. Le *sirop de Larrey*, les *pilules de Dupuytren, de Cullerier;* en un mot, les diverses préparations mercurielles auxquelles chaque auteur a accordé une préférence non motivée ont été mises en usage, et toutes avec succès. Il en résulte que la principale indication est d'introduire le mercure dans l'économie, sous une forme quelconque. Cependant on conçoit facilement combien il serait important d'avoir des recherches exactes qui nous apprendraient quelle est la substance qui procurerait le plus promptement, et avec le moins d'inconvénients, la guérison de ces graves accidents syphilitiques.

Frictions mercurielles. Quelques auteurs donnent la préférence aux frictions mercurielles. On sait quelle était sur ce point l'opinion de Cirillo (4). Je me contente de mentionner ici ce traitement, qui trouvera mieux sa place ailleurs.

Iodure de potassium. Il me suffit également de rappeler les expériences qui ont été faites dans ces derniers temps sur l'emploi de l'*iodure de potassium.* Dans l'article *Stomatite ulcéreuse*, j'ai indiqué les effets de ce médicament et la manière de l'employer. Je n'ai rien à en dire de particulier ici.

Moyens divers. Enfin il est des cas où ces moyens restent sans effet : c'est alors que la *tisane de Feltz*, celle d'*Arnoud*, les *décoctions de Zittmann*, de *Pollini*, et enfin les *arsenicaux*, qui ont réussi quelquefois dans des cas semblables entre les mains de M. Cazenave, doivent être employés, pour ainsi dire, en désespoir de cause.

Je me bornerai à présenter ici la *décoction de Pollini*, telle qu'elle a été donnée par M. Bouchardat. Celle de Zittmann et la tisane de Feltz ont été indiquées dans le premier volume.

Décoction de Pollini.

℞ Salsepareille coupée.....	ââ 64 gram.	Sulfure d'antimoine......	125 gram.
Squine..............		Brou de noix sec.........	375 gram.
Pierre ponce pulvérisée..			

Mettez le sulfate d'antimoine dans un nouet de linge, et faites bouillir lentement dans :

Eau.. 7500 gram.

jusqu'à réduction de 4500 grammes. Passez, laissez reposer, et décantez.

A prendre un demi-verre toutes les heures.

Quant aux *préparations arsenicales*, elles demandent beaucoup de prudence dans leur administration. Voici, d'après Sam. Cooper, celle qui est mise en usage à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres :

(1) *Diss. de vir. rad. salsaparil. anti-syphil.*, 1803.
(2) Voy. t. I, p. 83.
(3) *Ibid.*, p. 89.
(4) *Ibid.*, p. 234.

℞ Arséniate de potasse....	0,30 gram.	Alcool affaibli............ 30 gram.
Eau de menthe........	120 gram.	

Mêlez et passez. A prendre à la dose de 8 grammes, trois fois par jour.

Il sera prudent de ne commencer que par la moitié de cette dose, qu'on élèvera ensuite graduellement jusqu'à celle qui est prescrite par Sam. Cooper.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHARYNGITE ULCÉREUSE.

Garder le plus possible le silence ; éviter les grands efforts de la voix.

Éviter l'action du froid et de l'humidité, qui peuvent donner aux ulcères un caractère inflammatoire intense.

Régime léger, composé principalement de laitage.

S'abstenir soigneusement des boissons fermentées et des mets épicés.

Résumé ; ordonnances. On voit que dans le traitement qui précède il y a fort peu de moyens qui appartiennent en propre à la pharyngite syphilitique. Seulement il était important d'indiquer comment ces divers moyens, applicables aux ulcères syphilitiques en général, devaient être mis en usage dans le cas particulier qui nous occupe. Ce qui ressort de plus évident des détails précédents, c'est qu'il faut, dans le plus grand nombre des cas, joindre promptement le traitement général au traitement local, pour hâter la cicatrisation de ces ulcères qui, par leur siége, peuvent avoir de si grands inconvénients.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS D'ULCÈRE PRIMITIF NOTABLEMENT ENFLAMMÉ.

1° Pour tisane, légère décoction d'eau de guimauve coupée à parties égales avec une infusion de coquelicots et édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Se gargariser quatre ou cinq fois par jour avec un mélange d'eau d'orge et de lait, et suffisante quantité de miel.

3° Toucher deux ou trois fois par jour l'ulcère avec le collutoire de Rust (voy. p. 409).

4° Appliquer autour du cou des cataplasmes ou des fomentations émollientes.

5° Pédiluves sinapisés.

6° Régime sévère. Éviter le froid et la fatigue.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'ULCÈRE PRIMITIF PEU ENFLAMMÉ.

1° Pour tisane, infusion de saponaire sucrée.

2° Toucher trois ou quatre fois par jour les ulcères avec la solution de sulfate de zinc ou de cuivre (voy. p. 408), ou avec la solution iodurée (voy. p. 408).

3° Emploi des moyens précédents.

Nous avons vu que M. Cullerier se contentait de cette médication et obtenait par elle des guérisons fréquentes dans les cas d'ulcères simples primitifs.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'ULCÈRE PRIMITIF QUI A RÉSISTÉ AUX MOYENS PRÉCÉDENTS, OU DANS UN CAS D'ULCÈRE SECONDAIRE MÉDIOCREMENT GRAVE.

1° Pour tisane, décoction de salsepareille.

2° Insufflation de poudres mercurielles (voy. p. 396), de poudres d'alun, de sulfate de zinc, etc. (voy. p. 396).

3° A l'intérieur :

℞ Eau distillée..........	130 gram.	Gomme arabique en poudre..	5 gram.
Deutochlorure de mercure	0,25 gram.	Sirop de guimauve.........	35 gram.
Sel ammoniac.........	0,5 gram.		

Faites dissoudre le sublimé dans un mortier de verre, au moyen d'un peu d'eau et du sel ammoniac. Ajoutez successivement la gomme arabique, l'eau et le sirop. Dose : une cuillerée chaque matin dans une tasse de lait.

Ou bien les pilules de Dupuytren, dont voici la composition :

℞ Extrait de gayac..........	4 gram.	Extrait gommeux d'opium. .	0,30 gram.
Deutochlorure de mercure...	0,25 gram.		

Faites vingt-cinq pilules.

On commencera par une, matin et soir, et l'on augmentera graduellement jusqu'à ce qu'on soit parvenu à prendre trois ou quatre pilules par jour. Il faudra arriver lentement à cette dernière dose, c'est-à-dire n'augmenter la dose primitive qu'au bout d'un certain nombre de jours, et avec beaucoup de prudence.

Ou bien encore, une des préparations mercurielles précédemment indiquées (voy. p. 411).

4° Frictions mercurielles sur les cuisses et sur les bras.

5° Régime, *ut suprà.*

IVe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LES ULCÈRES MARCHENT RAPIDEMENT.

1° Décoction de salsepareille composée (voy. p. 410).

2° Une des préparations mercurielles précédentes, ou mieux, emploi de l'iodure de potassium (voy. *Stomatite ulcéreuse*, p. 273).

Ou encore, si ces moyens ne suffisent pas, les décoctions de Pollini, de Zittmann, ou les préparations arsenicales (voy. p. 411).

3° Toucher les ulcères soit avec le nitrate d'argent, soit avec un des caustiques indiqués plus haut (voy. p. 408 et 409).

4° Régime très sévère.

Enfin, dans les cas d'ulcères phagédéniques, pour lesquels il est inutile de donner une ordonnance particulière, il est évident que le médecin doit agir avec la plus grande énergie, mettre en usage les *préparations mercurielles*, soit sous forme de topiques, soit à l'intérieur; toucher les ulcères avec des *caustiques* assez puissants; employer les *désinfectants;* en un mot, mettre en œuvre tous les moyens qui peuvent arrêter la marche de cette redoutable maladie.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement local.* Topiques adoucissants, émollients, narcotiques; gargarismes excitants; sulfate de zinc; sulfate de cuivre; eau créosotée; solution iodurée; gargarismes au deutochlorure de mercure; poudres mercurielles; alun; sulfate de zinc; caustiques; chlorures; fumigations cinabrées; tabac mercuriel.

2° *Traitement général.* Sudorifiques; mercuriaux; frictions mercurielles; iodure de potassium; tisanes de Feltz, d'Arnoud; décoction de Zittmann, de Pollini; arsenicaux.

l'inflammation, et d'administrer en même temps à l'intérieur un traitement antisyphilitique énergique ; en un mot, de se conduire promptement de la manière qui va être indiquée pour les ulcères peu enflammés, et dont la marche n'est pas très rapide.

Traitement des ulcères peu enflammés. Dans cette seconde espèce d'ulcères, le traitement local doit être excitant, cathérétique et antisyphilitique. A cet effet, on emploie divers *gargarismes* dont les auteurs ont conseillé un nombre très considérable. Je dois me borner à en indiquer quelques uns, tout en regrettant que des recherches exactes n'aient point fait connaître la valeur relative de ces divers moyens. Au lieu d'indiquer chaque jour quelque médicament nouveau, on agirait bien plus utilement pour la science, en soumettant à un examen attentif ceux qui ont été déjà proposés et vantés.

Collutoires stimulants. M. Cullerier avait recours, presque indifféremment, aux diverses préparations suivantes, qu'il faisait appliquer avec un pinceau sur la surface ulcérée :

1° *Solution de sulfate de zinc.*

℞ Eau pure	30 gram.	Sulfate de zinc	0,05 à 0,10 gram.

Dissolvez. Pour toucher les ulcères trois ou quatre fois par jour.

2° *Solution de sulfate de cuivre.*

℞ Eau	30 gram.	Sulfate de cuivre	0,025 à 0,05 gram.

Dissolvez. A employer comme la solution précédente.

3° *Solution d'eau créosotée.*

℞ Eau	30 gram.	Créosote	1 goutte.

Touchez deux ou trois fois par jour les ulcères avec cette solution.

Il est important, après l'emploi de ces gargarismes, et surtout du dernier, de faire gargariser les malades avec une décoction émolliente.

Iode. On peut employer de la même manière la *solution iodurée*, qui jouit en même temps de l'action spécifique que lui communique l'iode. Pour cela on emploie la formule suivante :

℞ Iode très pur	4 gram.	Eau distillée	60 gram.
Iodure de potassium	8 gram.		

Touchez deux ou trois fois par jour les parties malades avec un pinceau de charpie imbibé de cette liqueur.

On conçoit qu'on pourrait multiplier ces formules en indiquant les divers excitants dont on peut se servir pour animer la surface de l'ulcère.

Collutoires mercuriels. Souvent, dit M. Cullerier, ce traitement suffit pour obtenir la cicatrisation des ulcères primitifs de la gorge ; mais parfois l'affection résiste : alors, aussi bien que dans les cas d'ulcères consécutifs, il faut avoir recours à des moyens spécifiques. Dans ce but, on emploie les divers *collutoires mercuriels*, tels que les suivants, dont le premier est proposé par cet auteur :

℞ Eau distillée	30 gram.	Laudanum	6 à 10 gouttes.
Deutochlorure de mercure	0,12 gram.		

Pour toucher les ulcères matin et soir.

Rust recommandait le *collutoire suivant* :

℞ Deutochlor. de mercure. 0,30 à 0,60 gram.		Teinture d'opium	4 gram.
Extrait de ciguë	àà 8 gram.	Miel rosat	30 gram.
de camomille			

Pour toucher deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau, la surface des ulcères.

Insufflations de poudres mercurielles. Ces insufflations ne présentant rien de particulier dans cette affection, il me suffit de renvoyer à l'article *Coryza chronique* (1), où l'on trouvera la description des insufflations telles qu'elles sont prescrites par M. Trousseau. L'insufflation de poudres cathérétiques, comme la *poudre d'alun, de sulfate de zinc*, etc., se fait de la même manière.

Ces divers moyens employés pour porter sur la surface ulcérée la préparation médicamenteuse, valent mieux que les gargarismes, qui font faire au malade des mouvements douloureux, et dans lesquels la substance médicamenteuse ne peut entrer que dans une très faible proportion.

Caustiques. Quelquefois, et surtout lorsqu'on veut arrêter rapidement les progrès d'une ulcération alarmante, on emploie des caustiques assez actifs. M. Cullerier conseille la cautérisation à l'aide du *crayon de nitrate d'argent*. Il vaut mieux peut-être recourir à la cautérisation par une *solution concentrée de ce sel*, que l'on portera sur la surface ulcérée à l'aide d'une petite éponge fixée sur une tige de baleine. Les acides *hydrochlorique*, *nitrique*, *sulfurique*, *nitrate acide de mercure*, sont employés de la même manière, mêlés, à parties égales, au miel rosat. J'ai eu tant de fois occasion d'indiquer cette cautérisation des divers ulcères, qu'il est inutile d'y insister davantage ici.

Je crois devoir faire connaître, après ces moyens, un topique conseillé par Brera, et composé d'un grand nombre de substances, tout en reconnaissant qu'il est impossible de dire s'il a quelque avantage sur les autres collutoires déjà cités. Si les ulcères sont invétérés, Brera conseille de les toucher souvent avec la composition suivante :

℞ Racine d'aristoloche ronde.	àà 15 gram.	Écorce de bois de gayac	5 gram.
longue.		Girofle	8 gram.
Iris de Florence		Camphre	12 gram.
Poudre de gomme opoponax	àà 8 gram.	Alcool	300 gram.
Sagapenum			

Mêlez. Faites infuser pendant vingt-quatre heures, et conservez dans un vase clos.

C'est sans doute par ses vertus excitantes que ce collutoire a de l'action sur les ulcères vénériens.

Collutoires désinfectants. Nous avons vu, à l'article *Coryza ulcéreux* (voy. t. I), la solution de divers *chlorures* employée avec succès ; on s'en est également servi dans les ulcères de la gorge. Voici celle qu'on emploie à la Maison de santé de Paris, contre les ulcérations des gencives, et qu'on peut appliquer à la pharyngite ulcéreuse.

Solution chlorurée.

℞ Gomme adragante .... 0,60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau de fontaine .... 120 gram.

(1) T. I, p. 58 de cet ouvrage.

de la *douleur.* Toutefois ils font remarquer que le jeune âge et la débilité des malades s'opposaient à une exploration suffisante. Ils citent à ce sujet deux exemples rapportés par M. Guibert et par Constant : dans l'un d'eux, une vive douleur se fit sentir au début, et dans l'autre, on nota la sensation d'un corps étranger, manifestée par les efforts que faisait le jeune sujet pour porter les doigts dans l'arrière-bouche.

La *déglutition* est presque toujours facile ; cependant, chez le sujet observé par M. Guibert, elle fut remarquable par sa difficulté. On n'a jamais noté le *retour des boissons par le nez*, ni la *gêne de la respiration.* Il n'y a eu non plus, dans aucun cas, de *salivation sanieuse et fétide*, si ce n'est dans celui de M. Guibert, où l'on pouvait attribuer ce symptôme à une gangrène des gencives.

La *tuméfaction des ganglions du cou* ne s'est montrée que chez un sujet affecté d'une gangrène diffuse du pharynx.

Tels sont les symptômes locaux. Parmi les *symptômes généraux*, on a noté, comme appartenant en propre à la pharyngite gangréneuse, une *altération profonde des traits* coïncidant quelquefois avec le début de l'affection ; un *grand affaiblissement*, l'accélération et la petitesse du *pouls*. Les autres phénomènes, tels que l'inappétence, la soif, le dévoiement, pourraient être rapportés aussi bien à la maladie primitive qu'à la pharyngite gangréneuse.

Quant aux *complications*, elles n'ont pas été suffisamment étudiées. On peut dire, d'une manière générale, que c'est la pharyngite gangréneuse qui vient compliquer les autres affections plutôt qu'elle n'en est compliquée elle-même.

Lorsqu'il existe une pharyngite *gangréneuse circonscrite*, elle occupe presque toujours la partie inférieure du pharynx, dans le point où il tient à l'œsophage. On n'observe alors d'autres symptômes que la fétidité de l'haleine. Nous dirons plus loin, à l'occasion du diagnostic, comment il faut étudier les faits dans ces cas embarrassants.

On a vu quelquefois cette forme de gangrène avoir son siége sur les amygdales ou sur d'autres parties accessibles à la vue. Les cas de ce genre rentrent, sauf le peu d'étendue de la lésion, dans la description précédente.

Marche, durée, terminaison. La marche de la pharyngite gangréneuse est très rapide. Lorsque, dans la forme diffuse, sa présence est annoncée par quelques uns des symptômes que nous avons indiqués, le pharynx est déjà envahi dans une grande étendue. Cette espèce de pharyngite gangréneuse tend constamment à faire des progrès. Elle ne tarde pas à gagner les tissus voisins, à dépasser les limites du pharynx et à s'étendre de la muqueuse à la partie supérieure du larynx. Partout où elle se répand, on lui retrouve sa forme. Quelquefois elle respecte le larynx et s'arrête brusquement au point où la muqueuse recouvre l'épiglotte. La pharyngite gangréneuse circonscrite, bien que limitée à son début, peut s'étendre à l'épiglotte et même pénétrer dans le larynx.

La *durée* de la gangrène du pharynx, quelle que soit sa forme, a varié de deux à six jours, dans les cas rassemblés par MM. Rilliet et Barthez. Elle est subordonnée, du reste, au plus ou moins de faiblesse et d'épuisement du malade, et à la gravité des maladies concomitantes.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques ont un aspect très différent, suivant la forme de l'affection. Dans la *pharyngite gangréneuse circonscrite*, on

trouve des plaques tantôt ovales, tantôt parfaitement arrondies, et variant pour la dimension entre une petite lentille et une pièce d'un franc. Les escarres gangréneuses, qu'on retrouve quelquefois à l'épiglotte et dans le larynx même, offrent la même régularité. Ces plaques sont déprimées; leur teinte est d'un gris foncé noirâtre, ou même entièrement noire; une odeur de gangrène s'en exhale. Leurs bords sont taillés à pic et jaunâtres. Au-dessous de la portion gangrenée, la muqueuse et une partie du tissu sous-muqueux ont disparu. Lorsque les fibres musculaires sont à nu, on n'y remarque aucune altération. La muqueuse environnante n'est ni rouge, ni épaisse, ni ramollie. Après la chute de l'escarre, il reste une ulcération qui peut se recouvrir quelquefois d'une fausse membrane.

Dans la *pharyngite gangréneuse diffuse*, les escarres n'ont plus rien de régulier; on a peine à reconnaître la limite entre les tissus sains et les tissus gangrenés. Les lésions pénètrent, dans ces cas, à une profondeur très variable.

Diagnostic, pronostic. Lorsque la gangrène existe dans les amygdales, lors même qu'elle a son siége à la partie postérieure et supérieure du pharynx, son *diagnostic* est assez facile. Il suffit alors de la simple inspection, aidée de l'odeur caractéristique de l'haleine. Mais la gangrène circonscrite ne s'observe point ordinairement dans les points de cet organe accessibles à la vue, et alors ce n'est guère, comme je l'ai déjà dit, que l'odeur fétide qui peut aider à la reconnaître. Mais cette odeur peut provenir d'une gangrène du poumon. Il faudra donc procéder par exclusion, et s'assurer que ce dernier organe n'est pas envahi (1).

Peut-on confondre la gangrène du pharynx avec celle de la bouche ou des organes respiratoires? La parfaite liberté de la respiration, ou l'absence d'expectoration gangréneuse, si l'exploration de la gorge était impossible, pourraient seules aider à assurer le diagnostic. « Mais, dans les cas de cette nature, l'erreur de diagnostic n'aurait pas une très grande gravité, puisqu'il s'agit de maladies presque nécessairement mortelles (2). »

Le diagnostic le plus important est, sans contredit, celui de la pharyngite gangréneuse et de la *pharyngite couenneuse*. Nous avons vu, en effet, que celle-ci peut présenter l'apparence de la gangrène, et que de là est venue l'erreur de nos devanciers. On distinguera ces deux affections en ayant égard aux signes suivants : Dans la pharyngite gangréneuse, il existe des plaques noires, déprimées, qui ont l'aspect gangréneux dès le début, et qui laissent après leur élimination une perte de substance plus ou moins considérable. Dans la pharyngite couenneuse, au contraire, les lambeaux pseudo-membraneux, saillants, grisâtres, sales, ne prennent la forme gangréneuse qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie, et laissent, après leur chute, la muqueuse intacte ou à peine excoriée.

(1) Voy. t. I, art. *Gangrène du poumon*.
(2) Rilliet et Barthez, t. II, p. 176.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la pharyngite couenneuse et de la pharyngite gangréneuse.

PHARYNGITE GANGRÉNEUSE.	PHARYNGITE COUENNEUSE D'APPARENCE GANGRÉNEUSE.
Plaques gangréneuses déprimées, d'une teinte gris foncé noirâtre, ou même entièrement noires.	*Lambeaux pseudo-membraneux* ordinairement *épais*, gris, noirâtres.
Apparence gangréneuse dès l'origine.	Au début, taches grises ou gris jaunâtre, *ne revêtant pas d'emblée l'apparence gangréneuse.*
Au-dessous des escarres, *perte de substance* plus ou moins profonde.	Après la chute des lambeaux, *pas de perte de substance* de la muqueuse ou des tissus sous-jacents.

Pronostic. Les fâcheuses conditions dans lesquelles la gangrène du pharynx prend naissance rendent son pronostic fort grave. S'il y avait à espérer quelques chances de guérison, ce ne serait guère que dans la pharyngite gangréneuse circonscrite. On n'a pas cité d'exemple évident de guérison de la gangrène diffuse.

Traitement. Le *traitement topique* est celui qui a d'abord fixé l'attention. Dès qu'on s'aperçoit de l'apparition des escarres, on cherche à les limiter en les cautérisant. Dans ce but, on a employé les acides sulfurique, nitrique, le nitrate d'argent, ou bien des *applications de chlorure de chaux.* MM. Rilliet et Barthez donnent à ces dernières la préférence sur les caustiques plus énergiques, qui, dans certains cas, leur ont paru accélérer les progrès de la gangrène plutôt que les arrêter. Le chlorure de chaux a, en outre, l'avantage d'agir comme désinfectant. Pour son application, voyez ce qui a été dit à l'article *Stomatite gangréneuse.*

La *cautérisation* n'est possible qu'autant que la gangrène a son siége sur les amygdales ou sur les parties du pharynx accessibles à la vue. Mais la gangrène circonscrite est, ai-je dit, située trop profondément pour que le pinceau puisse l'atteindre. On a alors recours aux divers *gargarismes antiseptiques,* tels que le suivant :

℞ Sel ammoniac........	1,15 gram.	Camphre.................	2 gram.

Triturez dans :

Infusion de quinquina......................... 500 gram.

On peut encore employer celui qui a été conseillé par M. Renauldin (1) :

℞ Décoction de quinquina....	240 gram.	Alcool camphré...........	15 gram.
Oxymel simple...........	30 gram.	Hydrochlorate d'ammoniaque	3 gram.

Il n'est pas toujours possible aux malades de se gargariser. Leur état d'affaissement, leur indocilité, surtout si l'on a affaire à des enfants très jeunes, sont des obstacles qu'on lèvera en pratiquant, à l'aide d'une seringue, des *injections* avec les gargarismes précédents, ou avec des *acides végétaux*, une *décoction de quinquina*, et d'autres antiseptiques.

(1) *Dict. des sc. méd.*, art. ANGINE.

Vomitifs. Les auteurs ont conseillé, en même temps que ces moyens, des *vomitifs* à petite dose, destinés à favoriser le rejet des escarres détachées. Le sirop ou la *poudre d'ipécacuanha*, l'*émétique* à doses fractionnées, sont les plus usités. MM. Rilliet et Barthez craignent qu'il ne résulte de mauvais effet de l'absorption dans l'estomac des sécrétions putréfiées de la membrane muqueuse, et les vomitifs leur paraissent utiles pour prévenir cet inconvénient; mais c'est là une idée théorique qui aurait besoin d'être établie sur des faits concluants.

Outre les vomitifs, on a encore fait usage des *purgatifs* dans les cas où il existait de la constipation. Les *lavements huileux* ou de légers purgatifs, tels que 8 à 15 grammes d'*huile de ricin*, sont en général suffisants.

La prostration qui accompagne la gangrène du pharynx, dans la grande majorité des cas, a engagé la plupart des auteurs à employer simultanément les *toniques* et même les excitants. C'est par la *décoction de quinquina* acidulée avec quelques gouttes d'*acide sulfurique*, ou aiguisée avec le *chlorure de sodium*, *de calcium*, à la dose de 0,075 grammes pour 30 grammes de véhicule; par le vin généreux, les infusions de menthe, de sauge, de romarin, etc., qu'ils ont combattu ce symptôme.

Le *régime* prescrit n'a point été sévère dans la plupart des cas. Lorsque l'appétit est conservé, on prescrit des bouillons, des potages, des analeptiques. Dans le cas même où le malade pouvait supporter une nourriture plus substantielle, on a donné de préférence des aliments demi-solides.

Résumé; ordonnances. On a vu que le traitement topique est celui dans lequel on a eu le plus de confiance. Malheureusement la persistance du mal et sa terminaison funeste sont venues le plus souvent prouver que tous les moyens étaient inutiles. Le peu d'effet produit par ce traitement, dans les cas graves, lui ôte beaucoup de son importance.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE GANGRÉNEUSE OU LES ESCARRES SONT ACCESSIBLES A LA VUE.

1° Pour tisane, décoction de quinquina additionnée de quelques gouttes d'acide sulfurique, de chlorure de sodium, de chlorure de chaux; ou bien encore, infusions de sauge, de romarin.

2° Toucher les escarres avec un pinceau imbibé d'une solution de chlorure de chaux, dans la proportion suivante :

℞ Eau.................. 50 gram. | Chlorure de chaux........ 18 gram.

Dissolvez.

3° Comme vomitifs, on prescrira le sirop d'ipécacuanha (16 grammes en deux fois pour les jeunes enfants);

Ou bien :

℞ Émétique............. 0,05 gram. | Eau distillée simple....... 250 gram.
Eau distillée de menthe.. 32 gram. |

A prendre en cinq fois, à une petite demi-heure d'intervalle, pour les adultes.

4° Le lavement purgatif suivant :

℞ Huile de ricin.......... 60 gram. | Décoction de guimauve.... 250 gram.

5° Pour régime, des bouillons, des potages, des analeptiques, du vin, des toniques.

II° Ordonnance.

DANS UN CAS DE PHARYNGITE GANGRÉNEUSE OU LES ESCARRES ÉCHAPPENT A L'INSPECTION DIRECTE.

1° Même tisane que dans l'ordonnance précédente.

2° Gargarismes antiseptiques (voy. p. 418). Si les gargarismes ne sont pas possibles, injecter la solution antiseptique au moyen d'une seringue.

3° Vomitifs, purgatifs, régime, comme dans la première ordonnance.

ARTICLE IX.

TUMEURS ET DÉGÉNÉRESCENCES DU PHARYNX.

Nous venons de décrire les principales maladies du pharynx, celles qui intéressent véritablement le praticien. Il en est d'autres à marche chronique qui sont exclusivement du domaine de la chirurgie, ou qui sont au-dessus des ressources de l'art : ce sont les diverses *tumeurs*, les *polypes*, le *cancer*. Je ne parlerai point des premières ; je dirai seulement un mot du cancer.

1° *Cancer des amygdales.* Cette affection occupe plus souvent les amygdales que la cavité pharyngienne. M. Velpeau, qui a pratiqué l'extirpation de ces glandes dans un cas où le cancer était évident, en a observé plusieurs autres exemples. M. Mason Warren en a cité également un, et M. Vidal (de Cassis) (1) a vu à la Charité un sujet affecté de cette maladie.

Signes et symptômes. Une *tumeur* bosselée, irrégulière, dure au toucher, occupant les amygdales, écartant les piliers du voile du palais, gênant les mouvements de la mâchoire, la déglutition, et quelquefois la respiration, tels sont les principaux caractères de cette maladie, auxquels il faut joindre sa longue durée. Lorsque la tumeur est *ulcérée*, il survient des *douleurs* lancinantes extrêmement vives. La matière de l'*expectoration*, ou plutôt de l'*exscréation*, présente des filets de sang, et par l'inspection on constate l'existence d'un *ulcère* irrégulier à bords relevés.

Quoique le cancer ait fait des progrès assez considérables, l'état général peut être satisfaisant, comme dans le cas observé par M. Mason Warren ; mais plus souvent il y a perte des forces, digestion pénible, amaigrissement ; en un mot, les *symptômes généraux* propres aux affections cancéreuses.

Causes. Cette affection rare n'a été observée que chez les *sujets âgés*. Le petit nombre de cas ne permet pas de rechercher s'il y a eu d'autres causes prédisposantes ou occasionnelles.

Traitement. Employer les moyens généralement prescrits dans les diverses autres espèces de cancers, et que j'indiquerai en détail à propos du cancer de l'estomac ; ou si l'affection fait des progrès alarmants, et si néanmoins elle est encore limitée à la glande, en pratiquer l'*extirpation*, tel est le traitement.

Dans le cas rappelé par M. Velpeau, le cancer avait pénétré assez profondément pour qu'on jugeât prudent de lier, avant l'extirpation, la carotide primitive. M. Mason Warren n'eut point à prendre cette précaution, mais il fut obligé d'employer le *cautère actuel* pour arrêter le sang. La malade sur laquelle il opéra fut guérie, mais elle succomba six mois après à une péritonite ; en sorte que ce fait ne peut point éclairer la question des *récidives*.

2° *Cancer des parois du pharynx.* Plus rarement encore, le cancer se montre

(1) *Traité de pathologie externe*, 3° édition. Paris, 1851, t. III, p. 605.

sur les parois de la cavité pharyngienne. Il en existe à peine quelques exemples. J'en citerai principalement un qui a été rapporté par MM. Cabanellas et Corbin (1).

Cette affection, qui consiste dans un *gonflement* irrégulier, bosselé, avec ulcération consécutive, destruction plus ou moins étendue des parties molles, conversion de ces parties en matière grumeleuse, est entièrement au-dessus des ressources de l'art.

Traitement. Calmer les douleurs par des gargarismes émollients, opiacés; porter dans l'estomac, à l'aide d'une sonde œsophagienne, des aliments liquides, lorsque la déglutition devient impossible, et mettre en usage les moyens qui seront indiqués au sujet du cancer de l'estomac, telle est la conduite à suivre dans ces cas désespérés. On comprend facilement pourquoi je n'insiste pas sur de semblables affections. Cependant je dois ajouter que dans un cas très grave où les lésions étaient parvenues au point d'empêcher le sujet de desserrer les dents, M. Jobert a obtenu la mortification de la tumeur principale et d'autres tumeurs occupant le cou par la *ligature de la carotide.* C'est un moyen qu'il ne faudrait pas oublier en pareil cas.

ARTICLE X.

DILATATION DU PHARYNX.

La dilatation du pharynx est une affection fort rare, ainsi que le fait remarquer A. Bérard (2). Dans le cas cité par cet auteur, et qui appartient à M. Rokitanski, de Vienne, la dilatation du pharynx n'était qu'une conséquence de l'état de l'œsophage, qui présentait à sa partie supérieure un diverticulum, et au-dessous un rétrécissement extrême. Il est probable que la dilatation du pharynx n'a lieu que dans des cas analogues. Elle ne constitue donc pas une maladie isolée, et le rétrécissement de l'œsophage, dont elle est la conséquence, doit bien plutôt fixer l'attention du médecin. C'est, au reste, ce rétrécissement qui donne lieu à presque tous les symptômes observés, tels que la *difficulté du passage des aliments et des boissons*, la sensation pénible ressentie le long de la cavité thoracique, les *troubles de la digestion*, etc. La chute du liquide comme dans un conduit inerte, et le bruit particulier qui en résulte, phénomènes dus à la trop grande largeur du pharynx, qui ne peut plus se contracter suffisamment, sont peut-être les seuls signes qui appartiennent en propre à la dilatation.

Quant au *traitement*, il ne s'applique qu'au rétrécissement de l'œsophage, dont il sera question plus loin. En voilà assez pour faire voir qu'il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet.

On n'a pas cité d'exemples de *paralysie* bornée au pharynx. Il faut donc renvoyer ce que nous avons à en dire à la paralysie de l'œsophage.

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

Les principales affections de ce conduit ne se montrent que rarement. C'est là la cause du peu de précision de la plupart des documents que nous possédons sur

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXVI, p. 122.
(2) *Dict de méd*, t. XXIV, 1841, art. PHARYNX (Pathologie).

elles. Cependant il existe un certain nombre de faits qui ont été rassemblés par Jos. Frank (1), et plus récemment par M. Mondière (2), ce qui nous permet de tracer une histoire de ces affections, qui, bien qu'elle soit nécessairement plus vague que celle des maladies précédentes, n'est pas néanmoins entièrement dépourvue d'intérêt. Exposer ce qui résulte des observations les plus importantes, en tirer les conséquences pratiques, et appeler l'attention sur les nombreux points encore obscurs, telle est la tâche que j'ai à remplir.

Les maladies de l'œsophage peuvent être rangées sous les chefs suivants : 1° *Hémorrhagie ;* 2° *œsophagite simple, abcès, gangrène, rupture ;* 3° *œsophagite couenneuse ;* 4° *œsophagite ulcéreuse ;* 5° *cancer ;* 6° *dilatation ;* 7° *rétrécissement* ou *obstruction ;* 8° *spasme de l'œsophage* ou *œsophagisme ;* 9° *paralysie.*

Je n'ai pas compris dans cette énumération le *rhumatisme de l'œsophage*, dont il sera question dans les maladies du système locomoteur. Je n'ai point parlé non plus des *perforations*, qui sont une conséquence d'une des maladies précédentes, et qui seront indiquées à leur sujet ; quant aux *tumeurs* qui, voisines de l'œsophage, viennent le comprimer, ou aux *foyers* qui s'ouvrent dans son intérieur, je les rattacherai soit à l'inflammation, comme dans les cas d'abcès, soit aux perforations, comme dans les cas de rupture d'un anévrysme, soit aux rétrécissements, comme dans les cas de tumeur solide diminuant le calibre de ce conduit.

Presque toutes ces affections avaient reçu de nos devanciers le nom de *dysphagie.* Mettant en première ligne ce symptôme principal, ils en faisaient une maladie distincte, dont les lésions que je viens d'énumérer étaient considérés seulement comme la cause. Il y a trop de différence, entre ces diverses lésions, sous le rapport de la marche de la maladie, de sa gravité et des moyens thérapeutiques à mettre en usage, pour que l'on puisse aujourd'hui considérer la dysphagie autrement que comme un symptôme commun, ayant une plus ou moins grande valeur, selon les cas. Le seul moyen de faire cesser la confusion en pathologie, est de bien chercher à spécifier les différentes maladies particulières et de s'attacher principalement aux caractères distinctifs qu'elles présentent : c'est ce que je m'efforcerai de faire dans le cours de ce chapitre.

ARTICLE I.

HÉMORRHAGIE DE L'ŒSOPHAGE.

J'ai très peu de mots à dire de cette affection. Elle est tellement *rare*, qu'on ne trouve pas un seul exemple d'hémorrhagie spontanée dans les auteurs qui ont recueilli le plus d'observations. Celles que l'on a citées comme produites par les *varices* semblables aux varices de la cavité buccale, sont évidemment des hémorrhagies du pharynx. Il ne reste donc que les écoulements de sang provenant de causes accidentelles.

On a signalé des cas où des *sangsues* ont pénétré jusque dans l'œsophage, et ont donné lieu, par leur piqûre, à un écoulement de sang qui a duré ordinairement longtemps. On en voit un exemple dans le journal de Vandermonde (1758) : Quatre militaires furent sujets, pendant près de quinze jours, à un écoulement de sang

(1) *Prax. med.*, pars III, vol. I, sectio II, *De morbis pharyngis et œsophagi.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XXIV, XXV, XXVII, XXX ; 2e série, t. I, II, III,

par la bouche ; tantôt ils en perdaient une très grande quantité, tantôt fort peu. L'hémorrhagie déterminait parfois la *toux ;* mais d'autres fois le sang était rejeté par simple *expuition.* Un symptôme commun était une *sensation de prurit* ou plutôt la *sensation d'un ver* rampant, soit dans l'œsophage, soit à l'ouverture postérieure des narines. Enfin, les sujets éprouvaient une espèce de *resserrement* ou bien la sensation d'un *obstacle* dans le gosier, et la *voix* était altérée. Les chirurgiens de l'armée d'Afrique ont observé des cas semblables chez des soldats qui avaient bu dans des ruisseaux où se trouvaient de très petites sangsues.

J'ai cité ces exemples, parce que la piqûre des sangsues est à peu près la seule cause d'hémorrhagie qui nous intéresse. Si, en effet, l'écoulement de sang est dû à la *rupture d'un anévrysme* dans l'œsophage, comme cela a lieu quelquefois, c'est un accident d'une autre affection que nous avons déjà étudiée, et s'il est causé par une *plaie* de ce conduit, la maladie rentre complétement dans le domaine de la chirurgie.

Il ne reste maintenant que l'écoulement de sang ordinairement peu abondant qui survient dans l'*œsophagite ulcéreuse* et dans le *cancer :* il en sera question plus loin.

Il résulte de ce que je viens de dire, que je n'ai à m'occuper ici que du *traitement* de l'hémorrhagie de l'œsophage causée par la piqûre des sangsues. Or ce traitement est bien simple. Il suffit de faire avaler une substance qui provoque la chute de la sangsue, et par suite son rejet qui a lieu par la bouche. On a proposé, dans ce but, l'ingestion de l'*eau vinaigrée*, d'un mélange de *beurre* et de *vinaigre* légèrement chauffé, et enfin la *solution de sel marin.* Cette dernière substance doit être préférée à toutes les autres, car on sait avec quelle facilité le sel provoque la chute des sangsues. Quant à tenir de l'*eau glacée* dans la bouche, comme Rhazès l'a proposé, il n'est pas certain que ce moyen ait la même efficacité.

En voilà assez sur cette hémorrhagie, qui se présente rarement, mais dont le praticien doit connaître la cause ; car, par sa persistance, et souvent par son abondance, elle peut gravement compromettre la santé.

ARTICLE II.

ŒSOPHAGITE SIMPLE AIGUE.

Cette affection, dont nous ne possédons qu'un nombre limité d'observations, a été cependant étudiée, du moins dans une de ses parties, à une époque assez reculée. Fernel (1) parle du *phlegmon* de l'œsophage, et déjà Galien avait reconnu dans ce conduit l'existence d'une *douleur* que, dans quelques cas au moins, on pourrait rapporter à l'inflammation. Mais ce n'est que dans ces derniers temps, et par suite des recherches de Jos. Frank, et surtout de M. Mondière, qu'on a assez bien connu l'œsophagite. Il est fâcheux toutefois que ces auteurs ne nous aient pas donné une analyse exacte des observations qu'ils ont rassemblées, et qu'ils se soient contentés d'exposer les principales circonstances des faits sur lesquels sont fondés leurs travaux. Je vais, avec ces matériaux, exposer ce qu'il y a de plus positif sur l'œsophagite, dans l'état actuel de la science.

(1) *De partium morbis et sympt.*, lib. VI, p. 277.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je regarde comme une œsophagite simple aiguë aussi bien celle qui n'occupe que la partie superficielle de ce conduit que celle qui pénètre plus profondément et se termine par suppuration ou par gangrène. Cette terminaison, en effet, ne change rien à la nature de la maladie.

On a donné à cette affection les noms communs de *dysphagie* et d'*angine* ; on l'a encore appelée *angine œsophagienne*, *œsophagitis*, *inflammatio gulæ*. Aujourd'hui, le nom d'*œsophagite*, déjà admis par Jos. Frank, est généralement adopté.

J'ai déjà dit que cette inflammation est *rare*. On peut s'en convaincre par le petit nombre de faits qu'a pu réunir M. Mondière, qui cependant a puisé à des sources très variées. On a trouvé la cause de cette rareté dans la position profonde de l'œsophage, et dans ses usages qui ne l'exposent à l'action des agents extérieurs qu'à certains moments assez courts.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les observations que nous connaissons, il en est qui se rapportent à tous les *âges* de la vie. Billard (1) a cité un cas dans lequel il lui a paru probable que la maladie s'était développée *pendant la vie intra-utérine*, et il en a rapporté un petit nombre qui se sont montrés après la naissance. Faut-il en conclure, comme le font cet auteur et M. Mondière, que l'œsophagite est notablement plus fréquente chez les enfants que chez les adultes ? Billard a rassemblé, sous le titre d'*œsophagite*, les inflammations simples, un très petit nombre d'inflammations ulcéreuses, et enfin des cas de *muguet de l'œsophage*. Or, nous savons que cette dernière affection tient à une cause plus générale, qu'elle n'est que la conséquence de l'inflammation spéciale de la bouche, et que, par conséquent, on ne saurait la faire entrer en ligne de compte. Ainsi envisagée, la question ne présente pas une solution aussi facile que l'ont pensé Billard et M. Mondière, et tout ce que l'on peut dire, d'après la tendance qu'ont les inflammations spéciales de la bouche à se porter vers l'œsophage chez les nouveau-nés, c'est que peut-être, en effet, l'œsophagite isolée se développe un peu plus souvent chez eux ; mais ce n'est là qu'une présomption qui a besoin d'être confirmée par les faits.

Ce qui jette encore des doutes sur l'assertion de ces auteurs, c'est que, dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, il n'est nullement fait mention de l'œsophagite, et cependant on sait que ces deux auteurs ont fait de nombreuses autopsies à l'hôpital des Enfants.

2° Causes occasionnelles.

Comme on le voit, nous n'avons que des renseignements très bornés sur les causes prédisposantes ; en revanche, on a cité un grand nombre de causes occasionnelles.

Et, d'abord, nous trouvons l'*abus de certains médicaments* : ainsi, le *mercure*, suivant Hildenbrand, cité vaguement par M. Mondière, aurait eu cet effet. Je n'ai

(1) *Traité des maladies des enf. nouv.-nés et à la mamelle*, 1833, 2e édit., p. 288.

point retrouvé le passage cité, et je le regrette; car il serait curieux de savoir si, en pareil cas, l'inflammation de l'œsophage n'était pas une simple extension de la stomatite mercurielle. L'*iode* aurait aussi, suivant Gohier (1), produit le même effet. On connaît les exemples d'inflammation particulière occasionnée par l'*émétique* donné à très haute dose ; en pareil cas, c'est principalement sur les follicules que porte la phlogose.

Il est presque inutile d'ajouter que les *substances âcres et corrosives*, telles qu'une *solution de sublimé*, par exemple, ou bien des *acides concentrés*, déterminent l'inflammation de l'œsophage. C'est là une conséquence nécessaire de l'ingestion de ces liquides ; mais ces cas appartiennent aux empoisonnements, dont il ne doit pas être question ici. La *brûlure* par la déglutition de l'eau bouillante détermine une inflammation qui, comme celle de la bouche due à la même cause, n'a pas une très grande importance. On se rappelle ce que j'ai dit à ce sujet, dans l'article consacré à la *laryngite causée par la brûlure de la glotte.* Je crois devoir y renvoyer le lecteur.

J. Frank place au nombre des causes l'ingestion du *tabac d'Espagne* et des *cantharides;* mais il est encore ici question d'empoisonnement.

L'ingestion de l'*eau très froide*, le corps étant en sueur, produit-elle cette maladie ? Il est fâcheux que les auteurs qui ont admis l'existence de cette cause ne nous aient point cité les faits. Un seul cas de ce genre, cité par M. Mondière, et extrait de la *Gazette de santé*, paraît être en faveur de cette manière de voir ; mais ce fait manque de détails, et l'on peut se demander si la soif intense éprouvée par le malade, et qui le poussa à boire de l'eau très fraîche, n'était pas déjà un premier symptôme de la maladie. On sait d'ailleurs qu'un fait isolé n'a pas une grande valeur.

On a encore mis au nombre de l'œsophagite, le passage de *corps volumineux et durs*, leur séjour plus ou moins prolongé, et enfin les tentatives faites soit pour les extraire, soit pour les faire tomber dans l'estomac.

Quelques auteurs se sont demandé si l'*œsophagisme* ou *spasme de l'œsophage* ne pourrait pas dégénérer en une véritable inflammation. Parmi eux, M. Mondière a cité Percival, Baillie, et M. Barras; mais les faits, pas plus que l'analogie, ne permettent pas d'adopter une semblable opinion. Quant à la *rétrocession des phlegmasies cutanées*, comme la scarlatine et la rougeole, l'auteur que je cite n'a rapporté qu'un seul cas emprunté à M. Pinel fils, et dans lequel l'œsophagite a *succédé* à la rougeole. Il n'y avait donc pas, dans ce cas, une véritable rétrocession.

Nous avons vu, dans les articles précédents, que la *pharyngite pultacée* s'étendait quelquefois à l'œsophage ; c'est là, sans doute, ce qui a fait dire que la scarlatine était une cause prédisposante de l'œsophagite. Quant à l'inflammation de l'œsophage qui s'est développée dans la *rage*, la *fièvre jaune*, la *variole*, etc., c'est une simple complication de ces affections qui ne doit pas nous arrêter ici.

Enfin, on a reconnu que, dans un certain nombre de cas, l'œsophagite se développait *sans cause appréciable.* Si l'on réfléchit sur ce fait, et sur le grand nombre de causes précédemment indiquées, nombre qui est tel, qu'à peine un ou deux cas se rapportent à chacune d'elles, on conviendra que, excepté les causes directes et

(1) *Journ. univ.*, t. I, p. 237.

pour ainsi dire *traumatiques*, les autres n'ont qu'une valeur bien incertaine. Presque tout est encore à faire sur ce point.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été particulièrement étudiés par M. Mondière; malheureusement encore il n'a pas donné l'analyse rigoureuse des faits, de telle sorte que sa description nous laisse dans un vague fâcheux. Exposons rapidement ce qui ressort de plus évident des observations.

La *douleur* est le symptôme qui a le plus vivement frappé les médecins, parce que c'est celui dont se plaignent presque exclusivement les malades. Elle existe dès le *début*, et, suivant l'expression de M. Mondière, elle est le premier signe de l'œsophagite. Il est rare qu'elle soit portée rapidement à un très haut degré; cependant ce mode d'apparition a été observé dans un cas rapporté par le docteur Noverre (1). Ce fait me paraît assez important pour trouver sa place ici.

Un homme de cinquante-six ans, d'une forte constitution, est réveillé en sursaut, durant une nuit d'été, par une violente douleur fixée derrière le sternum, dans la direction de la ligne médiane de la poitrine. Elle se calme bientôt, et le malade se rendort. Mais, au réveil, elle reprend avec plus d'intensité; il s'y joint de la fièvre, de la chaleur à la gorge; la déglutition est impossible : les boissons, comme les aliments, produisent, par leur contact, les angoisses les plus vives. Ces symptômes persistaient depuis huit jours, sans avoir été combattus par aucun traitement, lors de l'entrée du malade à la Charité. Voici quel était alors son état :

Peau chaude, halitueuse; pouls assez large, développé en apparence, mais mou; face rouge, animée, exprimant l'inquiétude et la douleur; langue humide, rouge sur ses bords et vers sa pointe, chargée à la base d'un enduit gris jaunâtre; sensation de chaleur et d'irritation dans l'arrière-bouche, où l'on n'aperçoit cependant ni rougeur ni tuméfaction; douleur des plus vives occupant la ligne médiane du cou et de la poitrine, dans la direction de l'œsophage, et qui paraît s'arrêter au cardia : elle est accompagnée d'une sorte de spasme général et d'un état d'anxiété qui augmente d'une manière effrayante toutes les fois que le malade essaie d'avaler une gorgée de liquide, qui passe néanmoins après une longue suite d'efforts et de souffrances. Le lendemain, 23 juillet 1819, faible diminution de la douleur : depuis deux jours, constipation. Le 24, soulagement marqué; le pouls est plus dur que le jour précédent. Le 26, déglutition toujours pénible, mais s'exécutant sans douleur. Le 27 juillet, treizième jour de la maladie, cessation de la dysphagie; peu de jours après, guérison complète et sortie du malade.

Le traitement consista principalement en plusieurs saignées et en applications d'un assez grand nombre de sangsues; il en sera question plus tard : ici j'ai voulu seulement faire remarquer l'apparition de cette douleur si vive, si persistante, accompagnée d'un mouvement fébrile si prononcé, et ayant un siége si précis dans la direction de l'œsophage. Il est fâcheux qu'on n'ait pas interrogé ce sujet, pour s'assurer que la veille il n'éprouvait aucune gêne dans le trajet de ce conduit. Mais, en eût-il été ainsi, le réveil en sursaut causé par une douleur si violente n'en serait pas moins extrêmement remarquable.

(1) *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, 1818, t. VI.

Plus ordinairement, ai-je dit, la douleur survient par gradation; elle se fait sentir presque exclusivement au moment où le bol alimentaire franchit la partie enflammée. Alors elle est tellement violente, que les sujets font des contorsions, et que quelques uns ne veulent plus avaler, même les liquides. Quelquefois ils éprouvent une *sensation de brûlure* et de *déchirement*, comme il arriva à M. Mondière lui-même, qui fut atteint de cette maladie.

Le *siége de la douleur* est non moins important à considérer. C'est, en effet, principalement par lui que l'on parvient à déterminer quel est l'organe affecté. Déjà Galien avait remarqué que, dans les maladies de l'œsophage, on éprouve une douleur *le long de l'épine dorsale*, et il en trouvait facilement la raison dans la direction du conduit alimentaire. Forestus (1) a fait la même remarque. Cependant il a distingué certains cas où la douleur était fixée dans un point plus rapproché du cou. Dans les faits rassemblés par M. Mondière, la douleur a été principalement rapportée par les malades à la partie inférieure du pharynx; c'est ce qui avait lieu, surtout au début de la maladie. D'autres fois, ajoute-t-il, ils la ressentent au larynx, à l'épigastre ou entre les deux épaules. Dans un cas observé par M. Roche (2), la pression exercée au-dessous de l'appendice xiphoïde, et dans ce point seulement, déterminait la sensation d'un corps qui remontait jusqu'à la gorge, et celle d'une douleur sourde, étendue comme une corde de l'un de ces points à l'autre. Cette douleur était surtout marquée au côté gauche du larynx, entre les deux épaules et à l'appendice xiphoïde. Broussais (3) a également vu un malade, atteint d'œsophagite, avoir la sensation d'une boule qui, de la région épigastrique, montait vers le larynx, où elle s'arrêtait.

La maladie parcourant, dans quelques cas, une plus ou moins grande étendue de l'œsophage, il en résulte que la douleur ne reste pas toujours fixée au même point. C'est ce qui arriva dans le cas observé par M. Mondière sur lui-même; car tous les symptômes locaux, d'abord fixés à la partie supérieure de l'œsophage, marchèrent peu à peu vers la partie inférieure, et se firent sentir jusqu'au cardia. Il ne faut pas perdre de vue cette marche possible de la douleur, parce qu'on y trouve un signe précieux pour reconnaître le véritable siége de la maladie.

Nous venons de voir que le passage des aliments et des boissons détermine de la douleur. Il en résulte une *gêne de la déglutition*, qui se fait sentir plus ou moins bas, suivant le siége de l'inflammation. Dans le cas observé par M. Roche, les aliments les plus légers et les liquides les plus doux étaient, suivant l'expression de la malade, arrêtés *comme par un nœud*. Dans les cas les plus graves les aliments et les boissons sont rejetés par une contraction rapide, au moment où ils arrivent vers le point enflammé. On en voit un exemple dans une observation extraite par M. Mondière de la *Gazette de santé;* mais il faut ajouter que, dans ce cas, il y avait un abcès dans les parois du pharynx.

La maladie qui nous occupe peut-elle déterminer une véritable *hydrophobie?* C'est ce qui ne paraît pas douteux à M. Mondière, qui cite à l'appui de son opinion une observation du docteur Pfeufer de Bamberg (4). Toutefois, après la lecture de

(1) *Opera omnia*, lib. XV, obs. 31, *Scholia*, p. 152.
(2) *Nouv. élém. de pathol. méd.-chir.* Paris, 1844, 4e édit., t. I, art. *Œsophagite.*
(3) *Ann. de la méd. phys.*, t. III, p. 254.
(4) *Arch. gén. de méd.*, t. XI, 1826, extrait de *Heid. klin. Ann.*, 1825.

l'observation, il reste quelques doutes sur la justesse de cette interprétation. Il est vrai que la maladie débuta par une légère difficulté à avaler les liquides ; mais il y avait en même temps des symptômes généraux, qui allèrent sans cesse en augmentant, qui devinrent extrêmement graves, et pendant lesquels l'hydrophobie se produisit d'une manière manifeste. Or on sait que ce symptôme apparaît, dans des cas semblables, en l'absence de toute œsophagite, et il faut ajouter que, outre les lésions de l'œsophage, il en existait d'autres dans le pharynx, dans le larynx, dans le corps thyroïde, l'estomac, les glandes salivaires, etc., qui semblaient annoncer qu'on avait affaire plutôt à une maladie générale qu'à une affection qui détermine ordinairement aussi peu de symptômes généraux que l'œsophagite.

M. Mondière a constaté que, dans tous les cas d'œsophagite, il existait une *expuition* plus ou moins difficile et abondante de matières glaireuses. Cette expuition est suivant lui d'autant plus remarquable, que l'inflammation a envahi en même temps et la muqueuse œsophagienne et les cryptes qu'elle recouvre. Malheureusement on n'a pas recherché si le même effet avait lieu lorsque l'inflammation occupe la partie inférieure de l'œsophage, aussi bien que quand elle est fixée à la partie supérieure. C'est une des nombreuses lacunes à combler dans l'histoire de l'œsophagite.

On a encore cité, comme symptôme de la maladie qui nous occupe, une *chaleur* plus ou moins vive dans le trajet de l'œsophage, et cette chaleur, suivant les auteurs, s'accompagnerait d'une *sécheresse* notable ; mais si l'on examine une à une les observations, on voit que le plus souvent ces symptômes ne sont pas mentionnés ; en sorte que leur existence paraît avoir été admise par raisonnement et par analogie, plutôt que d'après l'étude des faits.

M. Mondière éprouva, dans l'œsophagite dont il fut affecté, une *toux gutturale* avec expuition difficile et douloureuse d'un mucus épais et visqueux. L'inflammation était alors fixée à la partie supérieure de l'œsophage, et les symptômes étaient à peu près les mêmes que ceux que nous avons assignés plus haut à l'inflammation de la partie inférieure du pharynx.

Nous avons vu que la *déglutition même des liquides est fort douloureuse* et parfois impossible, et cependant dans des cas graves, dans ceux qui s'accompagnent d'un mouvement fébrile un peu marqué, la *soif* est intense ; elle le devient chez les autres, par suite de la privation de boissons que s'imposent volontairement les malades. Il s'ensuit que la soif est évidemment un des symptômes les plus incommodes, puisqu'en cherchant à la satisfaire on augmente la douleur et l'on peut déterminer les contractions spasmodiques dont il va être question.

M. Mondière, avec plusieurs des auteurs qui l'ont précédé, place au nombre des symptômes de l'œsophagite, le *hoquet*. Malheureusement il n'a point fait une analyse suffisante des observations qu'il a rassemblées, et il est à remarquer que les faits qu'il cite pour exemples ne présentent pas ce symptôme. Jos. Frank ne l'a point mentionné dans son article. Appartient-il en propre à l'œsophagite ? ou bien n'est-il qu'un épiphénomène occasionné dans quelques cas par la privation des boissons et par les appréhensions du malade ? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider. Toujours est-il qu'on n'est pas autorisé, jusqu'à nouvel ordre, à le ranger parmi les caractères essentiels de l'œsophagite.

La *gêne de la déglutition* par suite du passage des substances les moins irri-

tantes, comme la salive, les sirops, les boissons émollientes, est souvent telle, qu'elle détermine un véritable *spasme de l'œsophage*, c'est-à-dire des contractions désordonnées qui s'étendent à une plus ou moins grande étendue du conduit musculeux. C'est ce spasme qui, confondu sous le nom d'*œsophagisme*, avec des accidents nerveux dont il sera question plus tard, produit les phénomènes de *vomissement* dont j'ai déjà parlé. L'irritation portée sur la partie enflammée par les substances ingérées est évidemment la cause de ces contractions spasmodiques.

Tels sont les *symptômes locaux* de l'œsophagite simple aiguë. Quant aux *symptômes généraux*, nous retrouvons ici ce que nous avons remarqué relativement aux diverses *pharyngites :* tantôt ils n'existent nullement, comme dans le cas observé par M. Roche; tantôt ils sont très légers, et tantôt, mais plus rarement, ils sont assez intenses. La fréquence et la dureté du *pouls*, la *chaleur*, l'*agitation*, qui est encore augmentée par la soif et par les appréhensions du malade, sont les symptômes généraux notés dans les observations.

L'œsophagite que je viens de décrire est l'œsophagite ordinaire; mais il est une forme particulière signalée par les auteurs, et dont il importe de dire un mot avant de parler des abcès et de la gangrène de l'œsophage.

Œsophagite folliculeuse. M. Mondière, et les auteurs qui sont venus après lui, ont mentionné une inflammation de l'œsophage qui aurait son siége spécial dans les follicules muqueux de la membrane interne. Il est bien rare de voir ces follicules muqueux enflammés idiopathiquement.

On a voulu rapporter à cette inflammation les ulcérations trouvées dans l'œsophage chez des sujets qui ont succombé à des fièvres graves, comme on en voit des exemples dans des cas de fièvre typhoïde observés par M. Louis (1); mais, en admettant que ces ulcérations aient constamment leur siége dans les follicules, l'ulcération constitue une maladie propre dont j'aurai à m'occuper plus tard.

On a vu (2) les follicules gonflés, enflammés chez les enfants; Billard (3) a cité un cas de tuméfaction de ces glandules, qui paraît s'être développé pendant la vie intra-utérine. Jusqu'à quel point cette inflammation peut-elle exister indépendante d'autres affections? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire. Quant aux observations d'inflammation des follicules notée dans la rage, c'est une lésion que je devrai étudier à l'occasion de cette maladie.

On voit donc que nous n'avons rien de bien précis sur l'inflammation de l'œsophage limitée aux follicules muqueux; ce serait par conséquent devancer l'observation que d'insister sur une semblable lésion.

Abcès de l'œsophage. La terminaison par suppuration mérite que nous en disions un mot à part. Suivant M. Mondière, cette terminaison n'est pas très rare. Il pense qu'elle le paraîtrait moins encore si, lorsque l'abcès vient à s'ouvrir, le pus n'était avalé ou rejeté par le malade sans qu'il s'en aperçoive. C'est là une proposition dont l'exactitude mérite d'être vérifiée. M. Mondière a cité une observation intéressante qu'il a extraite de la *Gazette de santé* (1823), et dans laquelle l'existence d'un abcès fut démontrée par l'*extraction d'une cuillerée à café de matière purulente*, à l'aide d'une bougie.

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841.
(2) Denis, *Rech. anat.-path. sur les malad. des enf.* Commercy, 1826, in-8.
(3) *Traité des malad. des enfants nouv.-nés.*

On voit, dans cette observation, que ce qui distingue principalement l'œsophagite avec suppuration, c'est une *douleur bornée à une petite étendue* de l'œsophage où les aliments se trouvent arrêtés, et une *dysphagie* considérable. Ces limites étroites de la douleur nous font reconnaître le siége de l'abcès. Du reste, on n'a recherché ni s'il existait quelque chose de particulier dans les symptômes généraux, ni si la marche de la maladie offrait quelque particularité remarquable. Dans un cas observé par Barras, et cité à l'Académie de médecine (séance du 27 octobre 1825), nous trouvons cependant quelques renseignements sur ce point. Les symptômes locaux très intenses eurent leur siége fixe au niveau de la partie supérieure de l'œsophage. Il y eut des *symptômes cérébraux* très violents ; la face était rouge et gonflée, les yeux injectés, saillants ; il y avait des *convulsions violentes*, et le pouls était notablement déprimé. De plus, il y eut, dans ce cas, du *hoquet* ; mais ce symptôme ne se montra qu'après la rupture de l'abcès.

Je reviendrai, sur ces abcès de l'œsophage, dans le paragraphe consacré au traitement.

Gangrène de l'œsophage. Peut-il exister, dans l'œsophage, une gangrène semblable à celle que nous avons observée dans la bouche et dans le pharynx? C'est ce qu'il nous est impossible de dire, d'après les faits que nous possédons. Toutefois il faut reconnaître que, dans certains cas, la gangrène du pharynx se propage à l'œsophage, ainsi que Dugès (1), cité par M. Mondière, en a rapporté un exemple ; mais alors l'affection de l'œsophage n'est plus que l'extension de l'affection d'un organe voisin, et n'a plus le même intérêt pour nous.

Je ne crois pas devoir parler ici de la gangrène de l'œsophage chez un individu mort par suite d'empoisonnement par les champignons, fait cité par M. Mondière, d'après Orfila ; la gangrène de l'œsophage n'est ici qu'un accident de l'empoisonnement, et il devra en être question plus tard. Restent donc les cas où la gangrène est, comme dans certaines pharyngites gangréneuses, *une simple conséquence de l'inflammation.* Dans ces cas, on a trouvé pour *symptômes principaux* (2) la *douleur*, la *tuméfaction* du cou, les *éructations*, les *vomissements*, qui deviennent de plus en plus rares, et cessent tout à fait vers la fin de la maladie, alors que l'œsophage ne peut plus entrer en contraction ; un *pouls* petit, faible, intermittent, et une *prostration* considérable des forces qui ne peut s'expliquer par la lésion d'aucun autre organe important.

Cette description, n'étant fondée que sur un très petit nombre de faits, ne doit être regardée que comme provisoire, bien que les symptômes se rapportent exactement aux lésions organiques. A plus forte raison, ne doit-on admettre qu'avec beaucoup de doute un autre signe indiqué par M. Mondière. « Nous pensons, dit-il, quoiqu'il n'en soit pas fait mention dans les observations que nous venons de rapporter, que l'*haleine* des malades *doit exhaler une odeur gangréneuse*, nous appuyant sur ce que, dans les efforts de vomissement, les animaux avalent de l'air en quantité considérable. » Ce n'est là qu'une présomption dont l'observation aura à nous faire connaître le degré de justesse.

Telle est la description des symptômes de l'œsophagite. On voit combien de

(1) *Essais sur la nat. de la fièvre, etc., les maladies des enfants.* Paris, 1823, vol. II, p. 132.
(2) Voy. Mondière, *loc. cit.*



recherches sont encore à faire pour élever l'histoire de cette maladie au degré de précision nécessaire.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue et rapide ; c'est-à-dire que, peu après son début, marqué par des symptômes légers, elle a acquis son plus haut degré d'intensité et continue ensuite à présenter des symptômes assez tranchés. Toutefois il ne faut pas oublier que, dans les cas où les symptômes généraux n'existent pas, les phénomènes se montrent uniquement au moment de la déglutition. Il n'en faudrait évidemment pas conclure que la maladie est intermittente, car le mal existe toujours ; la cause qui en détermine la manifestation agit seulement à de plus ou moins longs intervalles.

Dans le plus grand nombre des cas, la maladie ne *dure* pas plus d'une semaine. Dans ceux où elle se termine par suppuration, elle peut avoir une durée beaucoup plus longue, puisque nous voyons dans l'observation de Barras la rupture de l'abcès et la cessation des symptômes les plus violents n'arriver qu'au dix-septième jour.

Quant à la *terminaison*, elle a lieu, dans le plus grand nombre des cas, par résolution, et la guérison est presque constante. Elle peut cependant être fatale, mais c'est dans les cas où surviennent la suppuration et la gangrène. La gangrène a été constamment mortelle. Il est arrivé quelquefois que des abcès formés dans la partie supérieure de l'œsophage sont venus comprimer la partie supérieure du larynx et déterminer des symptômes d'*œdème de la glotte*. J'en ai déjà parlé à l'occasion des abcès du pharynx ; je n'y reviendrai pas ici. Dans certains cas, c'est un véritable œdème de la glotte qui est déterminé par le voisinage d'un abcès œsophagien. C'est ce que j'ai également mentionné dans l'article *Œdème de la glotte*. Enfin la *rupture de l'œsophage* peut succéder à une inflammation violente ; mais comme cette rupture présente quelques particularités importantes, et qu'elle peut être due à d'autres causes qu'une inflammation simple, j'en dirai quelques mots dans un article à part.

§ V. — Lésions anatomiques.

La rougeur, l'injection de la membrane muqueuse, ont d'abord fixé l'attention des auteurs. Chez les nouveau-nés, il faut se garder, ainsi que l'a fait observer Billard, de prendre pour une rougeur inflammatoire l'injection plus ou moins notable qui existe plusieurs jours après la naissance. Au reste, n'oublions pas que, pour être un véritable signe d'inflammation, la rougeur de la muqueuse œsophagienne, comme celle des autres membranes du même genre, doit s'accompagner d'autres altérations plus ou moins profondes. Le ramollissement, l'épaississement de la muqueuse, une sécrétion plus ou moins abondante de mucosités épaisses, quelquefois puriformes, la friabilité du tissu sous-muqueux, la destruction de l'épithélium, telles sont les lésions que l'on a observées, mais qui n'ont pas encore été étudiees avec assez de soin.

Les *abcès* existent ordinairement au-dessous de la membrane muqueuse ; presque toujours d'une étendue médiocre, ils font saillie à l'intérieur.

Enfin, tantôt la *gangrène* se présente sous la forme d'escarres limitées, couleur



de suie, et s'enlevant par lambeaux, comme chez un enfant observé par Billard, et tantôt elle occupe une très grande étendue ou même toute l'étendue de l'œsophage dans toute son épaisseur, comme dans un cas rapporté par M. Mondière (1). M. le docteur Dieulafoy (2) a cité un cas très curieux de gangrène du tissu cellulaire péri-œsophagien ; mais l'œsophage ne présentait pas d'inflammation. Dans quelques cas, on a signalé un ramollissement gélatiniforme de l'œsophage semblable au ramollissement gélatiniforme de l'estomac, dont il sera question plus loin.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est assez difficile, avec le petit nombre de cas que nous connaissons, et surtout d'après la manière dont ils ont été étudiés, d'établir d'une manière bien positive le diagnostic de l'œsophagite aiguë ; non qu'on ne puisse facilement arriver à reconnaître l'existence d'une maladie dans l'œsophage, mais parce que ce conduit peut être le siége d'autres affections dont les signes peuvent être confondus avec ceux de la maladie qui nous occupe. Il faut donc diviser le diagnostic en deux parties : l'une qui se rapporte aux *maladies dont le siége est hors de l'œsophage*; l'autre qui a pour objet les *maladies différentes de l'inflammation, occupant ce conduit.*

1° *Maladies ayant leur siége hors de l'œsophage.* Nous trouvons d'abord les *maladies de la trachée*, affections qui n'ont été elles-mêmes étudiées que d'une manière fort incomplète, ainsi que je l'ai fait remarquer lorsque j'en ai tracé l'histoire (voy. tome Ier). Il peut arriver que, dans une affection de la trachée (par exemple, un ulcère ayant son siége à la partie postérieure ou sur la cloison qui sépare les deux conduits), la déglutition soit difficile ; mais la toux provoquée par des picotements particuliers et la douleur dans les fortes inspirations, qui existent dans les ulcères de la trachée, servent à lever tous les doutes. Dans l'œsophagite, en effet, la toux, lorsqu'elle existe, est simplement gutturale, et, de plus, il n'y a point de comparaison à établir entre la douleur violente de l'œsophagite pendant la déglutition et celle qui se produit quelquefois pendant le même acte dans les maladies de la trachée ; enfin, les spasmes et les vomissements de l'œsophagite achèveront de fixer ce diagnostic différentiel.

Dans les *ulcérations de la partie supérieure du larynx*, et surtout dans celles qui occupent l'épiglotte, il y a douleur, gêne de la déglutition et rejet des boissons par le nez ; mais en même temps la respiration est difficile, la toux est provoquée par l'inspiration ; en outre, bien que la déglutition soit gênée, on n'observe pas dans un point du conduit alimentaire cette douleur violente, ce nœud, cet obstacle signalés par les malades, au moment où les aliments et les boissons franchissent le point enflammé.

2° *Maladies qui ont leur siége dans l'œsophage.* Les auteurs qui ont rangé sous le même titre l'inflammation simple et l'inflammation ulcéreuse de ce conduit, ou qui ont regardé celle-ci comme une terminaison de la première, ont nécessairement passé sous silence le diagnostic de ces deux lésions ; mais nous verrons plus loin qu'il est des cas où l'ulcération est une maladie bien différente de l'inflammation simple, qu'elle a une gravité et des conséquences toutes particu-

(1) *Journ. de méd. de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XIV, p. 323.
(2) *Compte rendu des travaux de la Soc. méd. de Toulouse*, 1849.

lières, et qu'il est important de l'en distinguer. N'ayant pas encore fait connaître les symptômes des ulcères de l'œsophage, je renvoie ce diagnostic après la description de l'œsophagite ulcéreuse.

On a cité quelques cas de *rhumatisme du pharynx et de l'œsophage*. Il est évident qu'en pareil cas le diagnostic est très difficile. Nous savons, en effet, que, dans certaines inflammations légères, les symptômes généraux sont entièrement nuls; tout se borne donc à peu près à la douleur, dans un cas aussi bien que dans l'autre. Comment établir un diagnostic précis? Le nombre des observations que nous possédons est beaucoup trop restreint pour que l'on puisse en tirer des conclusions positives. Toutefois disons que si, en l'absence de tout mouvement fébrile, toutes les fonctions se remplissant parfaitement bien, et surtout après la disparition d'un rhumatisme musculaire ou pendant son cours, il survenait une douleur de l'œsophage, vive pendant la déglutition, absolument nulle dans les intervalles, diminuant plutôt qu'augmentant après l'ingestion des premières portions d'aliments, on devrait regarder l'affection comme un rhumatisme plutôt que comme une inflammation. J'ai vu deux cas de ce genre.

Le *spasme de l'œsophage* ou *œsophagisme*, dont il sera question plus loin, présente aussi quelques difficultés de diagnostic. Cependant on parvient à le distinguer de l'inflammation en ayant égard aux circonstances suivantes : Le véritable spasme nerveux survient presque toujours dans le cours de certaines névroses, et principalement dans le cours de l'hystérie; il est caractérisé par des mouvements désordonnés de l'œsophage, qui rejette, en se contractant, les aliments et les boissons : mais il ne présente pas ordinairement cette douleur si violente, si remarquable au moment du passage des aliments, et il ne s'accompagne point de mouvement fébrile. On voit donc que le spasme de l'œsophage n'est en réalité qu'un symptôme qui tantôt vient compliquer l'inflammation, et tantôt appartient à une maladie nerveuse, et que, à proprement parler, il ne constitue pas, dans la grande majorité des cas du moins, une véritable maladie.

Restent maintenant quelques autres affections, telles que le *cancer*, le *rétrécissement*, la *dilatation* de l'œsophage; mais ces maladies ont beaucoup plus de rapports avec l'œsophagite chronique qu'avec l'œsophagite aiguë; d'ailleurs il sera temps d'exposer leur diagnostic, lorsque nous aurons rapidement tracé leur histoire.

Enfin, on peut se demander s'il est possible de distinguer les *abcès de l'œsophage* de l'inflammation pure et simple. Les limites étroites, le point fixe de la douleur, sa persistance, la longue durée de la maladie, l'arrêt brusque des aliments dans un point toujours le même, et leur rejet immédiat, peuvent faire soupçonner l'existence d'un abcès, mais non la faire reconnaître d'une manière précise ; si, à ces signes, venaient se joindre des symptômes très intenses, comme dans le cas rapporté par M. Barras, les probabilités seraient plus grandes.

Nous avons vu que l'affaissement, la petitesse du pouls, l'inertie de l'œsophage, étaient les signes observés dans quelques cas de *gangrène*. Ce sont les seuls qui puissent servir à reconnaître cette terminaison de l'inflammation. Relativement à l'odeur de l'haleine, je renvoie à ce que j'en ai dit plus haut. Ce dernier diagnostic est donc très incertain, dans l'état actuel de la science.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'inflammation de l'œsophage et des ulcères de la trachée.*

ŒSOPHAGITE AIGUE.	TRACHÉITE ULCÉREUSE.
Point de toux, ou simplement *toux gutturale.*	*Toux* provoquée par des picotements.
Respiration *facile.*	Respiration plus ou moins *gênée.*
Douleur très vive au moment du passage du bol alimentaire.	*Douleur médiocre* dans la déglutition.
Spasmes et vomissements.	*Ni spasmes ni vomissements.*

2° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë et des ulcérations de la partie supérieure du larynx.*

ŒSOPHAGITE AIGUE.	LARYNGITE ULCÉREUSE.
Respiration *facile.*	Respiration plus ou moins *difficile.*
Toux *peu intense.*	Toux *plus ou moins intense*, provoquée par l'inspiration.
Douleur *violente.*	*Gêne de la déglutition* ayant son siége au larynx, *plutôt qu'une véritable douleur.*
Sensation d'un *obstacle* dans un point de l'œsophage, *quelquefois très bas.*	Gêne sentie *au niveau du larynx.*

3° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë non fébrile et du rhumatisme de l'œsophage.*

ŒSOPHAGITE AIGUE NON FÉBRILE.	RHUMATISME DE L'ŒSOPHAGE.
Quelques fonctions *toujours plus ou moins troublées.*	Toutes les fonctions *en bon état.*
Dans les intervalles de la déglutition, *quelques symptômes persistent.*	Dans les intervalles de la déglutition, *aucun symptôme.*
Le passage des aliments et des boissons devient *de plus en plus douloureux*, à mesure qu'on répète cet acte.	Passage des aliments souvent *plus facile après les premiers efforts.*

4° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë et du spasme de l'œsophage* (œsophagisme).

ŒSOPHAGITE AIGUE.	ŒSOPHAGISME.
Douleur violente lors du passage des aliments et des boissons.	Souvent *point de douleur;* simple contraction désordonnée.
Parfois mouvement fébrile.	*Jamais* de mouvement fébrile.
Survient *dans l'état de santé.*	Survient *dans le cours d'une névrose*, et surtout de l'hystérie.

5° *Signes distinctifs de l'œsophagite aiguë non suppurée et des abcès du pharynx.*

ŒSOPHAGITE AIGUE NON SUPPURÉE.	ABCÈS DU PHARYNX.
Douleur occupant une *plus ou moins grande étendue*, parfois *parcourant le trajet du canal.*	Douleur limitée à *un point peu étendu*, restant *fixe* dans ce point.
Mouvement fébrile *nul ou léger.*	Mouvement fébrile *parfois intense.*

Ces divers diagnostics, et surtout les derniers, présentent encore des points douteux : il est à désirer que l'observation vienne les éclairer. Je les ai donnés comme

étant l'expression de nos connaissances. Je n'ai pas placé dans ce tableau le diagnostic différentiel de la gangrène de l'œsophage, parce que ce que j'en ai dit plus haut me paraît suffisant.

Pronostic. Lorsqu'elle est d'une intensité médiocre, la maladie n'est pas grave. Les abcès de l'œsophage se terminent ordinairement par la rupture du foyer dans le conduit et une guérison prompte. La gangrène s'est montrée constamment mortelle.

§ VII. — Traitement.

Il faut dire d'abord que nous n'avons rien de précis sur le traitement de cette maladie. Si nous cherchons dans les anciens auteurs, nous trouvons une telle confusion dans les divers états morbides donnant lieu au *spasme de l'œsophage*, que nous ne pouvons pas, avec certitude, rapporter les divers traitements qu'ils conseillent à l'œsophagite plutôt qu'à d'autres affections, et les auteurs modernes n'ont pas étudié avec assez de soin l'effet des médicaments dans les divers cas soumis à leur observation, pour en tirer des conclusions utiles. J. Frank a réuni dans un même article les maladies du pharynx et de l'œsophage, de telle sorte qu'il est impossible de distinguer ce qui appartient en propre aux unes et aux autres. Il faut donc que nous nous contentions d'indiquer ce qui a été proposé, et la marche qui a été suivie dans les principales observations.

Émissions sanguines. La saignée a été conseillée par tous les auteurs ; aujourd'hui c'est la *saignée du bras* que l'on pratique de préférence. Les anciens auteurs, à commencer par Cœlius Aurelianus, voulaient que l'on ouvrît les *veines sublinguales*, et F. Hoffmann, cité par M. Mondière, recommandait cette dernière saignée après avoir préalablement employé la saignée du bras. Les dangers de l'ouverture des veines ranines, et le peu de certitude des avantages qu'on en a tirés, ont engagé les médecins modernes à l'abandonner ; cependant M. Janson (de Lyon), également cité par M. Mondière, a de nouveau insisté sur l'utilité de ce moyen ; mais nous manquons des éléments nécessaires pour en apprécier la valeur. Quant à la *saignée du pied*, nous restons dans la même incertitude. C'est donc à l'ouverture des veines du bras que l'on devra avoir recours, tout en reconnaissant que l'expérience ne nous a point encore appris quels sont ses avantages réels.

Les *saignées locales* ont été prescrites surtout dans ces derniers temps. Les *ventouses scarifiées* appliquées, soit sur la partie inférieure et latérale du cou, soit entre les deux épaules, ont été recommandées. Hildenbrand (1) pense que les ventouses, irritant les parties, ont par là un inconvénient que ne compense pas l'écoulement du sang, mais rien n'est moins démontré. Quant à M. Mondière, s'il ne conseille pas les ventouses appliquées sur les parties latérales et antérieures du cou, « c'est parce que leur application dans ce point est difficile, et ne peut être faite sans que l'on exerce une compression qui doit gêner la respiration et augmenter les souffrances du malade. » On voit que dans tout cela il n'y a rien de précis, et que l'observation a encore tout à faire sur ce point.

Les sangsues sont plus généralement prescrites. « On en applique, dit M. Mondière, depuis *douze* jusqu'à *trente* sur les parties latérales du cou, et l'on y revient tant que l'inflammation persiste, ou si elle menace de passer à l'état chronique. »

(1) *Inst. pract. med.*

Dans le cas observé par le docteur Noverre, dans le service de Lherminier (1), on eut recours à l'application de douze à seize sangsues, à quatre reprises différentes, et l'on pratiqua deux saignées, une du bras et une du pied. Le malade guérit après dix-sept ou dix-huit jours de maladie.

Applications externes. On a généralement prescrit les *cataplasmes émollients* autour du cou et les *frictions* avec un *liniment huileux opiacé;* le suivant par exemple :

℞ Huile d'amandes douces.. 15 gram.	Laudanum de Sydenham..... 5 gram.

Pour frictions, trois fois par jour.

Les anciens faisaient usage de divers *emplâtres;* mais comme ils ne distinguaient pas suffisamment les cas, il serait inutile de citer ici leur pratique à cet égard. J'en parlerai à l'occasion du *spasme de l'œsophage.* Les observations ne nous apprennent pas que ces applications externes aient eu un grand avantage, et l'on ne doit leur accorder qu'une confiance très limitée.

Révulsifs; dérivatifs. Les *révulsifs*, tels que les *sinapismes*, les *vésicatoires* appliqués, soit sur les parties latérales du cou, soit à la partie supérieure du sternum, soit entre les deux épaules, auraient-ils un meilleur effet? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire.

Quant aux *dérivatifs*, ils sont appliqués soit sur le tégument externe, soit sur la muqueuse intestinale. Dans le premier cas les *pédiluves sinapisés*, les *sinapismes* aux jambes et aux cuisses, sont principalement employés : ces moyens furent mis en usage chez le sujet observé par le docteur Noverre. La *dérivation sur le tube intestinal* est difficile à pratiquer, à cause de la difficulté insurmontable de la déglutition, lorsque l'affection est un peu intense. On a recours alors aux *lavements irritants* ou *purgatifs.* On peut prescrire, par exemple :

℞ Eau commune......... Q. s.	Sel marin................ 5 gram.

Ou bien :

Infusion de follicules de séné. Q. s.	Sulfate de soude.......... 15 gram.

J'ai à peine besoin d'ajouter que la valeur de ces moyens, bien que Bleuland (2) affirme en avoir retiré de très bons effets, nous est peut-être encore moins connue que celle des moyens précédents. M. Mondière pense qu'il ne convient de les employer que dans les cas où l'affection tend à passer à l'état chronique, et dans ces cas, si ces moyens restaient infructueux, il ne faudrait pas, selon lui, hésiter à appliquer un ou plusieurs *moxas*, le plus près possible du point douloureux. C'est à l'expérience à nous apprendre ce qu'il faut penser de cette proposition.

Narcotiques. Dans un cas cité par le docteur Bodin (3), l'application de la *morphine* sur un vésicatoire placé à la partie antérieure du cou fit cesser les accidents spasmodiques graves qui duraient depuis quelques jours; mais comme il n'est pas certain que ce *spasme* provînt d'une inflammation, je reviendrai sur ce fait à l'occasion de l'*œsophagisme.* Tout ce qu'il nous est permis de dire ici, c'est que la douleur de l'œsophage étant extrêmement vive, on doit être naturellement porté à

(1) *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, t. VI, 1819.
(2) *De sana et morb. œsophag. struct.*
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat*, t. V, p. 373.

employer des applications narcotiques, et comme, ainsi que nous l'avons déjà dit et que nous le répéterons tout à l'heure, il est souvent impossible de faire pénétrer ces substances dans la partie supérieure du canal alimentaire, on sera autorisé à faire usage de la *méthode endermique.*

On peut encore porter les narcotiques, à l'aide de *lavements*, sur la muqueuse intestinale. On prescrira, par exemple, le lavement suivant :

℞ Décoction de guimauve........	Q. s. pour un demi-lavement.
Laudanum de Sydenham......	de 10 à 15 gouttes.

On pourra répéter ce lavement deux fois dans la journée, si la susceptibilité du malade ne s'y oppose pas. Il faut diminuer la dose du laudanum chez les enfants.

Dans le cas où la déglutition serait encore possible, il vaudrait peut-être mieux porter les narcotiques dans l'estomac sous forme de *potion*. Ainsi on prescrirait :

℞ Eau de fleurs d'oranger.....	60 gram.	Sirop de gomme.......	15 gram.
Eau de laitue.............	30 gram.	Acétate de morphine...	0,025 gram.

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Si la déglutition, quoique encore possible, était trop difficile, on pourrait se contenter d'administrer le *sirop de morphine* pur et par petites cuillerées, de manière que le malade ne fît que des mouvements de déglutition très lents. Ce sirop serait donné à la *dose de vingt-cinq à trente grammes.*

Adoucissants portés sur la muqueuse enflammée. De tout temps on a beaucoup insisté sur la nécessité de diriger vers le point malade des substances adoucissantes et émollientes. C'est ainsi qu'on prescrit les tisanes de mauve, de guimauve, de bouillon-blanc coupées avec le lait, tisanes qu'on fait prendre par petites gorgées et avaler lentement, pour ne point provoquer les mouvements convulsifs de l'œsophage. Forestus, F. Hoffmann, et en général les anciens auteurs, attachaient une assez grande importance à l'administration des *substances huileuses*, qui ont le double avantage de lubrifier la partie enflammée et d'entretenir la liberté du ventre. On pourra prescrire la potion suivante :

℞ Huile d'amandes douces..	15 gram.	Sirop de capillaire.........	38 gram.
Gomme adragante.......	0,50 gram.	Eau.....................	60 gram.

A prendre par cuillerées.

Quelques auteurs ont pensé que les *fumigations émollientes et narcotiques* pourraient avoir de l'avantage; mais, en pareil cas, la vapeur ne pourrait atteindre la partie enflammée que si l'affection avait son siége à la partie la plus rapprochée du pharynx, encore même n'y parviendrait-elle que difficilement.

Mais nous avons vu qu'assez souvent la *déglutition était entièrement impossible*, et que c'était surtout en pareil cas que la soif était intense. C'est là un fait qu'il est important de noter, sous le point de vue du traitement. Il faut alors épargner au malade et les douleurs excessives que cause le passage des boissons, et les vomissements spasmodiques qui suivent leur ingestion. On doit donc *tromper la soif* en faisant tenir dans la bouche des tranches d'*orange*, de l'*eau froide* aiguisée soit avec le *vinaigre*, soit avec le *jus de citron ;* ou, mieux encore, recommander de faire fondre fréquemment un morceau de *glace* dans la bouche. Peut-être parviendrait-on, jusqu'à un certain point, au même but, en faisant prendre des *bains*

prolongés, qui d'ailleurs ont été conseillés par Forestus, comme utiles pour calmer l'inflammation.

Un autre précepte, que l'on doit principalement à M. Mondière, c'est de prescrire au malade un *silence absolu* ou presque absolu, « parce que les mouvements de la langue se propagent à l'œsophage et tendent à augmenter l'irritation. Au reste, ajoute cet auteur, la douleur force souvent le malade à garder le silence : c'est ce que nous éprouvâmes quand nous fûmes atteint de pharyngo-œsophagite. »

Traitement de l'œsophagite chez les enfants à la mamelle. Je crois devoir indiquer ici ce qui a été dit à ce sujet par Billard, parce qu'on y trouve quelques particularités utiles à connaître. Si l'on a quelque raison de croire à l'existence de l'œsophagite chez les enfants très jeunes. on peut, suivant cet auteur, « appliquer les *sangsues* au cou, au nombre de *deux à quatre*, *suivant l'âge*. Il faut faire boire les enfants à la température du lait sortant du sein de la mère ; les faire teter ou boire peu à la fois, s'ils vomissent après avoir bu ; faire usage de cataplasmes autour du cou ; établir sur les intestins une *légère irritation*, soit au moyen du *calomel*, soit en administrant de petits *lavements de lait sucré*. » C'est encore à l'observation à nous apprendre la valeur de ce traitement, qui ne diffère guère, comme on le voit, du traitement des adultes, que par la proportion.

Traitement des abcès de l'œsophage. Il est assez difficile, je le répète, de diagnostiquer l'existence des abcès de l'œsophage ; toutefois les circonstances précédemment indiquées (voy. page 429) et la persistance de la maladie, ainsi que l'impossibilité absolue de la déglutition, mettront sur la voie et engageront à employer un traitement direct. Ce traitement consiste dans l'*exploration de l'œsophage à l'aide d'une sonde*. On a vu dans le cas précédemment cité (voy. page 429) et observé par M. Bourguet, que l'exploration de ce conduit à l'aide d'une *bougie en cire façonnée en olive à son extrémité* détermina la rupture de l'abcès et la prompte disparition d'accidents graves. On peut imiter cette conduite, soit en employant la même sonde, soit en mettant en usage une sonde œsophagienne ordinaire. M. Mondière dit qu'appelé dans un cas de ce genre, « il n'hésiterait pas à répéter de temps à autre l'introduction d'une sonde conique. » Cette pratique ne serait-elle pas sujette à de graves inconvénients, et ne pourrait-il pas en résulter la perforation de l'œsophage dans un point ramolli comme l'est le point enflammé ? Si l'on voulait employer la sonde conique, on ne devrait du moins y procéder qu'après avoir, à l'aide d'une sonde ordinaire, déterminé le point où la tumeur purulente fait obstacle. Jusqu'à nouvel ordre, on doit regarder, ce me semble, la conduite de M. Bourguet comme la plus sage.

Traitement de la gangrène de l'œsophage. Nous avons vu que, dans les cas les plus évidents, la gangrène était la conséquence de l'inflammation. Il en résulte que, jusqu'à ce qu'elle se soit produite, on doit traiter la maladie comme l'inflammation ordinaire, en proportionnant l'énergie des moyens à la violence des symptômes. La gangrène une fois produite, quels sont les moyens qu'on doit employer ? J'ai dit plus haut que nous ne possédons pas un cas authentique de guérison lorsque la gangrène s'est emparée de l'œsophage. L'expérience nous manque donc complétement. Aussi ne peut-on parler de ce traitement que d'une manière générale : Relever par les toniques les forces abattues ; porter les médicaments dans l'intestin pour éviter des mouvements de déglutition et des contractions qui pourraient dé-

terminer la rupture du conduit; prescrire le silence et l'immobilité, telle sera la conduite du médecin dans ces cas si graves.

Résumé; ordonnances. Les principaux moyens indiqués plus haut sont, comme on vient de le voir, les émissions sanguines, les révulsifs, les narcotiques et les précautions dont on doit entourer le malade; ajoutons ici que, dans les cas simples et d'une intensité modérée, la maladie a une tendance naturelle à la guérison, comme on peut s'en convaincre par la lecture des observations; en pareil cas, il suffit donc de mettre en usage les moyens les plus simples, tels que les émollients, et de recommander les précautions dont il vient d'être question. Deux ordonnances suffiront pour faire connaître la conduite à tenir dans les différents cas.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE MÉDIOCRE INTENSITÉ.

1° Pour boisson, légère décoction de guimauve édulcorée avec le sirop de gomme, ou, si la soif est intense, légère limonade citrique.

2° De douze à vingt sangsues sur les parties latérales du cou.

3° Potion huileuse (voy. p. 437).

4° Pédiluves sinapisés le soir.

5° Diète; repos au lit; s'abstenir de parler.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'INTENSITÉ CONSIDÉRABLE, LA DÉGLUTITION ÉTANT IMPOSSIBLE.

1° Tromper la soif à l'aide de liquides acidulés et de la glace dans la bouche.

2° Saignée générale de 3 à 400 grammes, répétée s'il n'y a point d'amélioration dans les symptômes.

3° Application, sur les côtés du cou ou entre les deux épaules, d'un petit vésicatoire sur lequel on mettra à chaque pansement de 2 à 5 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.

Ou bien un lavement avec le laudanum (voy. p. 437).

4° Bains prolongés.

5° Diète absolue; repos au lit; silence absolu.

Je n'ai pas besoin de reproduire ici, sous forme d'ordonnances, ce qui a été dit plus haut du traitement des abcès et de la gangrène du pharynx.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignées générales et locales; applications émollientes et narcotiques à l'extérieur; révulsifs; dérivatifs, calmants; adoucissants sur la muqueuse enflammée.

2° Dans les cas de déglutition impossible, tromper la soif; bains prolongés.

3° *Traitement des abcès.* Exploration par la bougie terminée en olive; introduction de la sonde ordinaire et de la sonde conique.

4° *Traitement de la gangrène.* Toniques; porter les médicaments sur la muqueuse intestinale.

ARTICLE III.

ŒSOPHAGITE CHRONIQUE.

Tous les auteurs ont parlé de l'œsophagite qui se manifeste sous forme chronique;

mais quand on vient à examiner les faits, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est question dans leurs articles que du *rétrécissement de l'œsophage*. Or ce rétrécissement ne saurait en aucune manière être considéré comme une véritable inflammation chronique. D'abord, il est au moins fort rare de trouver un rétrécissement simple de l'œsophage; cette lésion résulte, dans l'immense majorité des cas, d'une affection squirrheuse de ce conduit, et nous verrons, quand il s'agira du *cancer de l'estomac*, ce qu'il faut penser de la théorie qui regarde l'inflammation chronique comme la source de ces affections squirrheuses. En second lieu, dans les cas où l'on a trouvé des rétrécissements d'apparence purement fibreuse, l'affection doit être regardée comme un résultat de l'inflammation, plutôt que comme l'inflammation elle-même. Il arrive, en pareil cas, ce que nous avons déjà observé dans le rétrécissement des orifices du cœur : l'inflammation a laissé après elle des traces ineffaçables, quoiqu'elle ait disparu elle-même.

Il résulte de tout cela que l'œsophagite chronique est une maladie entièrement inconnue. Voici quels sont les symptômes qu'on lui a assignés, d'après quelques considérations générales :

C'est d'abord une *douleur* sourde, persistante, ayant son siége vers la partie inférieure du cou, soit à un point plus inférieur du conduit alimentaire. Quelquefois aussi on a observé une douleur passagère dans le fond de la gorge. Cette douleur augmente notablement au moment du passage des aliments, et surtout des aliments solides. Souvent ceux-ci sont arrêtés et ne pénètrent dans l'estomac qu'après un temps plus ou moins long, ou sont rejetés au dehors; il en résulte des troubles plus ou moins considérables de la digestion : le *pyrosis*, le *hoquet*, l'*expuition* abondante de mucosités filantes; puis on observe une faiblesse, un *dépérissement* marqués, jusqu'à ce qu'enfin les signes du rétrécissement deviennent manifestes.

On voit que ces symptômes peuvent très bien être rapportés au début du rétrécissement lui-même, et surtout du rétrécissement squirrheux; aussi, voyons-nous les faits mentionnés se terminer constamment par une lésion organique.

Le *traitement* qu'on a recommandé en pareil cas se compose, suivant M. Roche (1), des mêmes moyens que ceux qui ont été indiqués pour l'*œsophagite aiguë*, seulement il faut les employer avec plus de persévérance. « C'est, dit cet auteur, dans cette forme de la phlegmasie que l'on retire d'excellents effets des *évacuations sanguines locales*, des *purgatifs* répétés, des *vésicatoires* appliqués sur le trajet du conduit œsophagien, et des *bains de vapeurs*. Quand ces moyens sont insuffisants, on conseille d'avoir recours aux *moxas*. » Nous avons vu plus haut que le moxa a été également recommandé par M. Mondière.

Je n'insiste pas davantage, par les raisons que je viens d'indiquer, sur une maladie encore si peu connue. Il est à désirer que toutes les observations qui peuvent se rapporter à l'œsophagite chronique soient recueillies avec soin, pour faire cesser enfin les incertitudes qui règnent sur ce point.

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, art. ŒSOPHAGITE.

ARTICLE IV.

ŒSOPHAGITE ULCÉREUSE.

Nous éprouvons encore un très grand embarras à tracer l'histoire de l'œsophagite ulcéreuse. Quelques faits, dont la plupart manquent de détails, ne sauraient suffire pour exposer d'une manière précise ce qui est relatif à cette maladie. Il en est parmi eux qui peuvent être regardés comme des exemples d'*ulcères simples de l'œsophage;* d'autres, et en particulier ceux qui ont été signalés par J. Frank, paraissent être en grande partie des exemples de *cancer ulcéré.* Je ne pourrai donc présenter que quelques considérations sur cette affection qui a besoin d'être étudiée avec plus de soin.

Suivant M. Mondière, « l'œsophage peut être le siége de deux espèces d'ulcération : l'une qui est le résultat d'une ulcération particulière des follicules muqueux, et l'autre qui succède à un travail franchement inflammatoire. » Il faudrait y joindre, d'après J. Frank, l'ulcère laissé par la rupture d'un abcès de l'œsophage, et dont Ziesner (1) nous a donné l'exemple suivant : « On trouvait, dit-il, à la face interne de l'œsophage, un abcès rompu de la grosseur d'une noix. Il en résultait une division des tuniques, faite comme avec le scalpel, qui ne laissait à l'extérieur autre chose que la tunique externe, envahie par le sphacèle. » Ce n'est pas là, comme on le voit, un véritable ulcère : c'est seulement un foyer purulent qui a causé la destruction des tuniques.

Il faudrait, pour admettre la division de M. Mondière, que les faits eussent été étudiés avec plus de soin, car on ne voit pas, au premier abord, qu'il y ait une différence essentielle entre les ulcérations qui ont leur siége primitif dans les follicules, et les autres.

Les causes de ces ulcérations sont fort peu connues ; on sait que M. Louis en a, dans quelques cas rares, rencontré un petit nombre chez les sujets qui ont succombé à la *fièvre typhoïde* et à la *phthisie pulmonaire.* Billard en a cité deux exemples très intéressants observés *chez les nouveau-nés.*

M. Lediberder a observé un cas dans lequel on trouvait trois ulcérations de l'œsophage, larges et superficielles, qui avaient produit la destruction de la membrane muqueuse ; mais c'était chez un sujet atteint de muguet, affection générale dans la grande majorité des cas du moins, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et dans laquelle l'ulcération occupe tant de siéges différents. Quant à moi (2), je n'ai jamais rencontré d'ulcération dans l'œsophage, même chez les enfants affectés de muguet.

On voit combien nous avons de peine à trouver des cas d'œsophagite ulcéreuse simple. Le fait rapporté par Palletta (3), et traduit par M. Mondière, était-il de ce genre ? Pour résoudre cette question, il faudrait avoir des renseignements plus précis sur les antécédents, et une description plus détaillée des lésions anatomiques. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans ce cas, la maladie eut une marche aiguë, et que, s'il était démontré que le virus syphilitique n'était pour rien dans sa production, on pourrait la regarder comme un ulcère simple.

(1) *Rar. œsoph. morb.* (*Halleri Disp. ad morb. histor. et curat. facient.*, t. VII).
(2) *Clin. des mal. des enf. nouv.-nés.* Paris, 1838, p. 217.
(3) *Exercit. pathol.*, p. 228 ; 1820.

Il est très difficile de savoir quelle est la *fréquence* des *ulcères syphilitiques* de l'œsophage. Les syphiliographes n'ont point, en général, porté leur attention sur ce point. Marc-Aurèle Séverin, cité par Lieutaud (1), nous dit seulement que l'autopsie de plusieurs cadavres morts de syphilis montra des ulcérations tant dans l'œsophage que dans la trachée ; mais on voit combien ces renseignements sont vagues. On a beaucoup trop négligé de rechercher les causes dans les cas d'ulcères des diverses cavités.

Je me borne à indiquer ici les ulcères produits par les *corps irritants*, *âcres*, ou ayant une *température très élevée*. Il sera question des premiers lorsque j'aurai à traiter des divers empoisonnements. Il suit de ce qui précède que nous n'avons que des documents très peu précis sur les causes et la nature de l'œsophagite ulcéreuse. Voyons maintenant quels sont les symptômes qu'on a assignés à cette affection. Je les emprunte à la description de M. Mondière.

Symptômes. « Les *symptômes* qui peuvent faire reconnaître les ulcérations de l'œsophage sont, d'après cet auteur, les mêmes que ceux de l'œsophagite simple. Seulement les *douleurs sont plus vives*, surtout dans l'acte de la déglutition. Il y a encore des vomissements de matières glaireuses, diversement colorées, et même sanguinolentes. Dans un cas, on observa une grande difficulté, et souvent une impossibilité absolue d'avaler les aliments solides ; les liquides passaient, pourvu que le malade en prît un certain volume à la fois. Pendant les trois derniers mois, il y eut aussi une salivation abondante (2). Ce dernier symptôme n'est pas rare, mais il n'est jamais plus marqué que quand l'ulcération occupe la partie supérieure de l'œsophage.

» Une malade, ajoute M. Mondière, dont nous a parlé un de nos confrères, M. Robouam, et qui succomba à une ulcération de l'œsophage, située près du cardia, se plaignit, pendant toute la durée de sa maladie, qui fut de quatre mois, d'un *sentiment de brûlure* qu'elle rapportait à la partie supérieure de la région épigastrique. Il lui semblait, disait-elle, qu'un fer rouge était continuellement appliqué sur cette partie. »

D'après cette description, les symptômes de l'œsophagite ulcéreuse ne différeraient donc de ceux de l'œsophagite simple que par un siége plus fixe et une plus grande intensité ; or, si l'on ajoute à ce peu de précision dans les signes différentiels l'incertitude dans laquelle nous laissent la plupart des observations sur la simplicité de la maladie, on verra combien il est difficile de porter un *diagnostic* exact. C'est ce qui fait qu'on ne doit pas chercher à l'établir avant que l'observation ait prononcé d'une manière plus positive.

Quant aux *lésions anatomiques*, elles n'ont été caractérisées, dans les cas où la maladie a pu être regardée comme simple ou de nature syphilitique, que par le plus ou moins grand nombre des ulcères, leur plus ou moins grande étendue, et la profondeur à laquelle ils pénétraient dans les tuniques de l'œsophage. Toutefois il faut dire que, dans les principaux cas de ce genre, la destruction des tissus ne s'étendait pas au delà de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.

Traitement. Si nous avons eu tant de peine à tracer la description de l'œsophagite ulcéreuse, on doit naturellement s'attendre à ne pas trouver une très grande

(1) *Hist. anat.-med.*, lib. IV, obs. 103.
(2) *Med. communic.*, t. I.

précision dans l'exposition du *traitement*. On ne saurait employer avec confiance un *traitement topique irritant* dans des cas où le diagnostic est si peu certain. Comment, en effet, oserait-on appliquer les caustiques sur un point malade qui peut être affecté de cancer aussi bien que de tout autre ulcère? Vater voulait que l'on portât sur la partie ulcérée des *liniments balsamiques à l'aide d'une éponge liée à un stylet flexible;* mais ne risquerait-on pas de produire sur la surface de l'ulcère des désordres considérables, par suite de la difficulté qu'on aurait à diriger convenablement le stylet?

Il est donc prudent, en pareil cas, de se borner à l'emploi des remèdes adoucissants; à faire éviter les mouvements fréquents de déglutition; à tromper la soif par les moyens indiqués plus haut, et à calmer les douleurs par les *opiacés*. Si l'on avait quelques raisons de croire que la maladie fût de nature syphilitique, on n'hésiterait pas à prescrire le *traitement mercuriel* et l'*iodure de potassium*, dont on devrait attendre le plus prompt succès. Les moyens à mettre en usage, en pareille circonstance, ne diffèrent pas de ceux qui ont été indiqués plus haut (1); seulement, dans le cas où la déglutition serait très douloureuse, on aurait recours aux frictions mercurielles.

ARTICLE V.

ŒSOPHAGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Nous avons vu que, dans quelques cas rares, une pseudo-membrane développée dans le pharynx pouvait s'étendre à l'œsophage. Les cas de ce genre ne doivent pas nous arrêter ici, car, évidemment, l'importance de la lésion œsophagienne disparaît devant celle de la lésion du pharynx, et surtout devant celle du larynx qui l'accompagne dans les cas de croup. Mais faut-il, avec M. Mondière, admettre que l'œsophagite pseudo-membraneuse n'a jamais existé seule? Cet auteur est arrivé, dit-il, par la lecture attentive des faits de cette espèce, à cette conclusion, que l'inflammation spécifique avait débuté par le pharynx et s'était de là étendue au larynx, à la trachée-artère et à l'œsophage. Je trouve dans J. Frank et dans Schenckius (2) deux faits qui me paraissent assez intéressants sous ce point de vue.

La description qui a été donnée par ce dernier auteur, qui tenait ce fait de Thomas Hermann, est assez concluante pour qu'on doive admettre l'existence d'une pseudo-membrane qui persista longtemps. Ce serait donc là un cas d'*œsophagite pseudo-membraneuse chronique*.

L'observation rapportée par J. Frank (3) laisse plus de doutes; il y a, en effet, des raisons de croire que dans ce cas il y avait une diphthérite qui aurait commencé par l'œsophage, pour se porter ensuite vers le pharynx. Je ne me prononcerai pas sur ce point. J'ai seulement cité ces faits pour montrer combien il serait nécessaire de recueillir exactement les observations de ce genre qui pourraient éclairer des questions si obscures.

Je n'insiste pas sur une semblable affection, qui existe si rarement isolée, et que,

(1) Art. *Pharyngite ulcéreuse*.
(2) *Obs. med.*, etc., lib. III, obs. 10.
(3) *Praxeos med.*, vol. I, sect. II, *De inflam. pharyng. et œsoph.*

dans cet état, nous connaissons à peine. Je me bornerai à dire, sous le rapport du *traitement*, que si la production d'une pseudo-membrane dans l'œsophage était démontrée, on serait d'abord porté à en provoquer l'expulsion à l'aide des *vomitifs*, et en particulier du *tartre stibié*.

ARTICLE VI.

PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE.

Comme tous les autres points du tube digestif, l'œsophage peut être perforé, et il en résulte des accidents divers, suivant que la perforation s'ouvre dans telle ou telle cavité. Cette lésion n'étant évidemment qu'une conséquence d'autres lésions plus importantes, et les accidents auxquels elle donne lieu étant presque entièrement au-dessus des ressources de l'art, elle ne saurait avoir pour le praticien qu'un très médiocre intérêt, et c'est pourquoi je n'en dirai que quelques mots.

Causes. M. Mondière (1) s'est demandé s'il pouvait se former dans l'œsophage de ces *perforations spontanées* que l'on rencontre dans l'estomac et quelques autres points du tube digestif, et qui ont pour caractère d'être faites comme avec un emporte-pièce, et d'offrir des bords noirs taillés à pic. Pour répondre à la question qu'il s'est ainsi posée, il ajoute : « Nous n'en connaissons aucun exemple ; toutes les lésions de l'œsophage, données par les auteurs sous le nom de perforation spontanée, se rapportent évidemment à la *gangrène* ou au *ramollissement* de ses parois. » Peut-être doit-on être un peu moins exclusif que cet auteur ; car, dans une observation rapportée par M. Bouillaud (2), il existait une perforation de la grandeur de l'ongle, semblable aux perforations spontanées qu'on trouve dans l'estomac, et tout à fait distincte de la rupture qui s'était produite un peu plus haut, peut-être sous l'influence du ramollissement.

Il n'en est pas moins vrai de dire que les perforations de ce genre sont très rares, et que c'est aux deux causes suivantes qu'il faut principalement attribuer cet accident : la première est la présence de *corps étrangers* dans l'œsophage, d'où résulte la perforation de dedans en dehors ; et la seconde est le voisinage d'un *anévrysme de l'aorte* ou d'un *abcès* qui, perforant l'œsophage de dehors en dedans, viennent y verser leur contenu.

La présence des corps étrangers dans l'œsophage constitue un accident du domaine de la chirurgie. Quant à la perforation qui en résulte, on en comprend facilement le mécanisme : ces corps, offrant ordinairement des aspérités qui irritent les membranes de l'œsophage, déterminent leur inflammation, et parfois même la production d'abcès et la communication du conduit avec les plèvres, les bronches et les poumons.

Quant aux perforations dues à l'ouverture d'un anévrysme dans ce conduit, les cas de ce genre sont assez fréquents. M. Mondière en a indiqué un assez grand nombre.

Enfin il est une autre cause qui peut produire la perforation de l'œsophage de dehors en dedans : c'est l'existence d'une *ulcération de la trachée*, qui détruit,

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2ᵉ série.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1ʳᵉ série, 1823, t. I, p. 531 ; *Rupt. de l'œsophage : Perforation de l'estomac*.

dans un point, la cloison de ces deux conduits. M. Andral a rapporté un fait de ce genre. C'est à la même espèce de perforation qu'il faut attribuer celui qui a été recueilli par M. Leblond (1). M. Denonvilliers a présenté à la Société anatomique un cas du même genre.

Les auteurs que je viens de citer n'ont point parlé des perforations consécutives au *cancer*. Cependant il en existe des exemples dans la science : tel est celui qui a été rapporté par Lieutaud (2), et dans lequel on trouvait, au-dessous du cartilage cricoïde, un ulcère aboutissant dans la trachée, avec de nombreuses cicatrices environnantes et des bosselures squirrheuses.

Je ne saurais mieux faire, pour compléter ces documents, que de consigner ici les conclusions d'un travail important publié par M. Vigla (3) sur le sujet qui nous occupe. Voici ces conclusions :

1° L'œsophage, dans l'état de maladie, peut communiquer avec les différentes parties des voies aériennes : trachée-artère, bronches, plèvres, poumons. Les communications œsophagiennes pulmonaires ont été spécialement étudiées dans ce travail.

2° Le côté droit de la poitrine est beaucoup plus fréquemment affecté que le gauche : l'anatomie donne l'explication de ce fait.

3° La perforation de l'œsophage, dans ces conditions, peut avoir lieu à un point quelconque de la portion thoracique de ce conduit, mais elle paraît d'autant plus fréquente qu'on approche davantage du diaphragme.

4° L'ulcère simple, la gangrène, le cancer, les dégénérescences fibreuses, cartilagineuses, etc., de l'œsophage sont les causes ordinaires de ces fistules.

Le rétrécissement de l'œsophage, qui est souvent la conséquence de ces diverses altérations, exerce aussi une grande influence sur la production de ces mêmes fistules.

5° La communication peut être directe, le poumon et l'œsophage étant unis par des adhérences : il est plus commun de trouver une poche ou un conduit fistuleux intermédiaires aux deux organes.

6° Ces perforations de l'œsophage sont simples ou multiples et de dimensions très variables. Le poumon est ordinairement creusé d'une excavation d'autant plus intéressante à étudier que ce mode d'altération pulmonaire est extrêmement rare, si l'on excepte les cas de tubercules.

7° La maladie de l'œsophage précède ordinairement celle du poumon, qui est en quelque sorte un accident, une complication de la première. Cependant ces deux organes peuvent être affectés simultanément; le poumon peut l'être primitivement : j'en ai cité des exemples.

8° Il résulte de la marche ordinaire des altérations que la maladie présente le plus souvent deux périodes.

Les symptômes de la première sont ceux qui dépendent de l'obstacle au cours des aliments dans l'œsophage : douleur profonde suivant le trajet de ce conduit, sentiment de constriction, dysphagie, vomissements œsophagiens, etc., etc.

(1) *Rech. sur une espèce de pharyngite part. aux enfants*, etc. Paris, 1824.
(2) *Hist. anat.-med.* Paris, 1767, lib. IV, obs. 103.
(3) *Rech. sur les comm. accid. de l'œsoph. avec les poumons et les bronches* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1846, t. XII, p. 129, 314).

Dans la seconde période on observe de plus des accidents thoraciques graves, principalement lors de l'introduction des aliments ou des boissons.

9° L'ensemble de ces symptômes peut être considéré comme pathognomonique de la communication de l'œsophage avec les voies aériennes. Il est toujours difficile, mais non pas impossible, de déterminer par quelle partie des voies aériennes se fait la communication.

10° La durée de la maladie, après la manifestation de la seconde période, est en général plus longue que ne le ferait penser sa gravité : elle a varié, dans nos observations, de quatre jours à six mois.

11° La mort a été la terminaison commune des faits de communication spontanée rapportés dans ce travail : il n'en a pas été de même de ceux qui ont été le résultat de causes traumatiques : j'ai cherché à établir que la guérison n'est peut-être pas impossible, même dans les cas de la première espèce.

Les *symptômes* de ces diverses perforations sont variables suivant les cas. Si la perforation communique avec la plèvre, on observe tout à coup, au moment de la déglutition, une *douleur violente* se répandant dans la poitrine, et bientôt tous les signes d'une pleurésie suraiguë. Ces symptômes, nous allons les retrouver dans les cas de rupture de l'œsophage.

Si la perforation est causée par la rupture d'un abcès, et que les parois externes du foyer soient résistantes, le pus versé dans l'œsophage est rejeté par le *vomissement*, et il en résulte un soulagement rapide, comme dans les cas d'abcès simple.

Lorsque la perforation est due à l'ouverture d'un anévrysme dans le conduit alimentaire, les phénomènes sont différents, suivant que cette ouverture est large ou étroite. Dans le premier cas, il y a une *hématémèse foudroyante*; dans le second, le *vomissement de sang peut être peu abondant*, mais il persiste, et le malade succombe épuisé ; ou bien la perforation devenant plus grande, les accidents sont les mêmes que dans le premier cas.

Quand la perforation fait communiquer l'œsophage avec la trachée, la *déglutition devient très pénible*, parce que les aliments et les boissons, s'introduisant dans les voies respiratoires, déterminent une *toux convulsive* et la *suffocation*.

Traitement. Je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur cette lésion, et je me borne à ajouter quelques mots sur le *traitement*, qui ne saurait être que *palliatif*. Ce qui rend formidables les accidents causés par ces perforations, c'est surtout la pénétration des matières ingérées dans la trachée ou dans la plèvre ; il s'ensuit qu'on doit principalement s'attacher à faire parvenir les aliments dans l'estomac, en les tenant séparés de l'ouverture accidentelle. Pour cela, il n'y a d'autres moyens que d'employer la *sonde œsophagienne* et d'*injecter dans l'estomac des aliments demi-liquides*. J'indiquerai, à l'occasion du *rétrécissement*, comment on doit procéder.

Les *calmants*, introduits principalement par le rectum, un *repos absolu*, le *silence*, doivent être également prescrits. Dans les cas où la perforation est produite par un anévrysme, les *astringents à l'extérieur*, une *diète sévère* et le *repos absolu*, forment la base du traitement.

ARTICLE VII.

RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE.

La rupture de l'œsophage diffère de la perforation en ce que les parois du canal sont déchirées *tout à coup;* mais il n'est pas nécessaire qu'il n'y ait aucune altération antérieure de leur substance; comme le veut Boyer (1), puisque des faits recueillis par M. Mondière il résulte que le ramollissement, et surtout le *ramollissement gélatiniforme* des parois, a précédé ordinairement la rupture. Les deux faits les plus remarquables que nous connaissions sont ceux qui ont été rapportés par Boerhaave et M. Bouillaud. Le premier a été reproduit dans la plupart des traités, et le second est exposé avec assez de soin dans le mémoire de M. Bouillaud (2) sur la rupture de l'œsophage, la perforation de l'estomac et la déchirure de ce dernier organe.

Comme l'affection qui nous occupe est grave, et qu'il serait difficile, avec le petit nombre de faits que nous possédons, d'en donner les caractères généraux, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de rapporter ces deux observations. Je vais d'abord donner l'analyse de la première, telle qu'elle a été faite par Boyer :

« Le baron de Vassenaer, grand amiral de la république de Hollande, d'une excellente constitution, mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir par l'ipécacuanha et l'infusion de chardon-bénit, pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac, toutes les fois qu'il avait fait quelque excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Cette méthode lui réussissait si bien, que toutes les représentations ne purent la lui faire abandonner.

» Un soir, quelques heures après un repas copieux, comme la dose de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en buvant une grande quantité de son infusion accoutumée, et en faisant des efforts extraordinaires. Tout à coup il ressentit une douleur atroce, et il se plaignit qu'il avait quelque chose de rompu ou de démis vers la partie supérieure de l'estomac; que la situation des viscères de la poitrine était changée, et que la mort la plus prompte allait terminer ses jours. Cet homme, qui avait toujours supporté avec une patience héroïque les attaques les plus vives de la goutte, criait, se roulait par terre. Une sueur froide, la petitesse et la concentration du pouls, la pâleur du visage et des extrémités, annonçaient d'ailleurs l'excès des souffrances. Transporté sur son lit, il n'y put rester que debout, soutenu par trois hommes, et fortement courbé en avant. Toute autre position et le moindre mouvement augmentaient ses douleurs. Dans cet état, il but environ douze onces tant d'huile d'olive que d'une bière médicamenteuse qui aggravèrent encore les accidents. Le médecin ordinaire, arrivé au bout d'une heure, prescrivit une boisson adoucissante et des fomentations émollientes et anodines. Boerhaave appelé ensuite, y ajouta, de concert avec lui, des potions anodines, des saignées, des lavements, etc., dans l'idée qu'un rétrécissement spasmodique de l'estomac était la cause de ces symptômes; conjectures d'autant plus vraisemblables, que la région épigastrique s'élevait de plus en plus, et

(1) *Traité des mal. chir.*, 4e édit., 1831, t. VII, p. 154.
(2) *Arch. de méd.* Paris, 1823, t. I, p. 531.

que le malade, après avoir pris une si grande quantité de boissons, ne rendait que quelques gouttes d'une urine épaisse et fort odorante.

» Tout fut inutile ; le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier ; la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables.

» Boerhaave fit lui-même l'ouverture du cadavre.

» Le péritoine, les intestins et l'estomac étaient distendus par une grande quantité d'air : ce dernier organe ne contenait qu'une très petite quantité des liquides que le malade avait avalés. La vessie était complétement vide, et tellement contractée sur elle-même, qu'elle formait une masse solide. Du reste, tous les viscères abdominaux et le diaphragme lui-même ne présentaient rien de contraire à l'état naturel.

» La cavité de la poitrine contenait une grande quantité d'air qui s'échappait avec impétuosité, en produisant une espèce de sifflement, aussitôt qu'on eut fait une petite ouverture à la plèvre. Les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle qu'on avait trouvée dans l'estomac ; on en tira cent quatre onces, poids de Hollande, des deux cavités de la poitrine. Dans la cavité gauche, on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, auquel on remarquait une crevasse d'un pouce et demi de longueur et de trois lignes de largeur. On voyait dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés et retirés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus attentives ne firent découvrir ni ulcère ni érosion dans aucune partie de cet organe. »

On voit combien, dans ce cas, les boissons prises par le malade et les potions administrées par Boerhaave étaient contre-indiquées. Je reviendrai sur ce point tout à l'heure dans quelques considérations générales ; mais, auparavant, citons le cas recueilli par M. Bouillaud :

« Parechaut (Pierre-Louis), âgé de vingt ans, fortement constitué, quoique pâle et nerveux, sujet à des tremblements musculaires, affecté depuis l'âge de huit ans d'un écoulement purulent de l'oreille droite, entra à l'hôpital Cochin le 8 mars 1832.

» Depuis six semaines environ, il souffrait de l'estomac, surtout après les repas et pendant la nuit ; mais il n'était alité que depuis quatre jours. A son entrée, il présenta les symptômes suivants : Langue un peu rouge, assez humide ; anorexie, soif ; région de l'estomac chaude et douloureuse ; constipation ; pouls vif et fréquent, frissons passagers ; céphalalgie sus-orbitaire, brisement des membres, rêves continuels pendant la nuit. (*Eau de gomme édulcorée, trente sangsues à l'épigastre, lavements, diète.*) Le malade ne souffrant plus après cette application, on lui donna un potage le soir. Pour la première fois depuis le commencement de sa maladie, il éprouva un vomissement.

» Le lendemain, 9 mars, le pouls est roide, fréquent et large (*Une saignée du bras*). Les 10, 11, 12, les vomissements continuent ; le pouls est toujours plein, fort, peu fréquent.

» Le 13 au matin, tremblement ; le malade, ayant voulu se lever, chancelle et ne peut se soutenir ; il perd la parole et prononce en balbutiant quelques mots inintelligibles. Commissure gauche tirée en haut et en dehors, impossibilité de

serrer les objets avec la main droite ; pupilles dilatées, mobiles ; regard égaré. (*Saignée du bras, lavement purgatif.*)

» Le 14, épistaxis ; le malade comprend nos questions, mais ne peut répondre ; il s'impatiente, s'agite, se roule, et s'enfonce sous ses couvertures. (*Saignée du pied, vésicatoire derrière l'oreille droite, dont l'écoulement est suspendu.*)

» Le 15, alternatives d'agitation et d'assoupissement ; soupirs et gémissements fréquents, battements du cœur très forts, chaleur de la peau.

» Le 17, le malade s'obstine à rester couché sur le côté droit ; il me serre fortement la main avec celle qui était paralysée (la droite) ; du reste, aucune réponse ; soupirs profonds, efforts considérables pour rendre les matières fécales dans le lit.

» Le 18, perte absolue de connaissance, face grippée ; pupilles larges, immobiles ; pouls très fréquent, cent cinquante pulsations ; râle muqueux très bruyant. La bouche n'est plus déviée. Mort à neuf heures.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

» 1° *Habitude extérieure.* Rigidité cadavérique très forte.

» 2° *Tête.* Injection des méninges, ventricules latéraux distendus par une grande quantité de sérosité trouble, lactescente ; tissu cérébral un peu mou.

» 3° *Poitrine.* Des gaz s'échappent à l'ouverture du côté gauche de cette cavité ; le poumon correspondant est refoulé ; en dedans, la cavité de la plèvre contient environ deux verres d'un liquide rouge brunâtre ; la plèvre, très injectée, offre plusieurs plaques d'un rouge vif. L'œsophage, un peu au-dessus du cardia, et à gauche, présente une perforation de la grandeur de l'ongle, et, un peu plus haut, une déchirure d'un pouce et demi de longueur, par laquelle s'est répandu dans le côté gauche le liquide indiqué tout à l'heure, et qui n'est autre chose qu'une partie de celui contenu dans l'estomac, mêlé de sang.

» 4° *Abdomen.* En ouvrant ses parois, il s'est dégagé une certaine quantité de matière liquide épanché dans la cavité péritonéale. L'estomac présente dans sa région splénique quatre perforations disposées de manière à former les quatre angles d'un parallélogramme ; la plus grande a la largeur d'un centime, et les autres sont de plus en plus petites ; la membrane muqueuse, détruite par l'ulcération, l'est dans une bien plus grande étendue que la membrane séreuse, qui n'est probablement que rompue : de là la coupe en biseau des bords des perforations. D'ailleurs la membrane muqueuse gastrique est généralement rouge et injectée ; la portion du péritoine en contact avec le liquide épanché est très injectée ; la membrane muqueuse de l'intestin grêle, du cœcum et du côlon, est aussi vivement injectée, et d'ailleurs saine ; le conduit auditif externe et l'oreille interne sont recouverts d'une matière purulente peu abondante. »

Quoique, dans cette seconde observation, l'époque où la rupture s'est produite ne soit pas aussi bien déterminée que dans la première, à cause de l'état dans lequel se trouvait le malade, on doit la fixer, selon toutes les apparences, au moment où il éprouva le tremblement et les autres phénomènes nerveux, et où les vomissements cessèrent. Toutefois, comme il existait en même temps des *perforations de l'estomac*, on ne doit se prononcer à ce sujet qu'avec réserve, car la péritonite déterminée par l'épanchement des matières dans la séreuse abdominale peut très bien avoir produit ces phénomènes.

On voit qu'avec un aussi petit nombre de faits on aurait tort de vouloir tracer une histoire complète de la rupture de l'œsophage ; mais les exemples que je viens de citer sont suffisants (surtout si on les rapproche des faits de perforation du péritoine qui présentent des symptômes analogues) pour nous indiquer ce qui suit : Si, chez un sujet affecté d'une douleur plus ou moins vive dans le canal œsophagien, et de troubles plus ou moins marqués de la déglutition, il survient *tout à coup*, dans un effort, une *douleur* extrêmement vive dans un côté de la poitrine, douleur se *répandant rapidement* à toute la cavité pleurale, et accompagnée d'un état général grave, constitué par le tremblement, le refroidissement des extrémités, le rapprochement des membres vers le tronc, la tendance à se rouler sous les couvertures, ou bien par une agitation, une anxiété extrêmes, avec fréquence et petitesse notable du pouls et courbure du corps en avant, on pourra diagnostiquer une rupture de l'œsophage. Ce diagnostic deviendra beaucoup plus positif, si, d'une part, on n'a constaté dans le poumon aucune lésion qui ait pu donner lieu à la perforation de cet organe (*gangrène, apoplexie pulmonaire, tubercules*), et si, de l'autre, on s'assure que les accidents sont survenus *au moment même de la déglutition ou dans un effort de vomissement.*

Je n'ai pas besoin de dire combien cette affection est grave. La rapidité avec laquelle la mort s'est produite dans le cas observé par Boerhaave le prouve suffisamment.

Quant aux *lésions anatomiques*, on a vu qu'une solution de continuité à forme allongée, irrégulière, à bords déchirés, constituait le caractère de la rupture de l'œsophage. Dans quelques cas on a trouvé les environs de cette déchirure mous et présentant ce genre d'altération auquel on a donné le nom de *ramollissement gélatiniforme.* M. Blandin (1) en a cité deux cas remarquables. M. Mondière pense même que dans la plupart des cas cette lésion préparatoire est nécessaire pour que la rupture de l'œsophage ait lieu.

C'est dans l'une des deux plèvres que se fait ordinairement l'épanchement des matières ingérées ; aussi trouve-t-on dans ces cavités un liquide semblable aux boissons prises par le malade ; liquide qui peut être mêlé de sang, comme dans le cas cité par M. Bouillaud. En outre, on constate, dans la cavité séreuse, la présence de fausses membranes qui caractérisent l'inflammation vive déterminée par la matière épanchée. Dans les cas observés par M. Blandin, les boissons avaient pénétré *dans le médiastin postérieur.*

Traitement. Tout ce qui vient d'être dit sur la perforation et la rupture de l'œsophage serait inutile, si nous ne pouvions pas en tirer quelques conséquences utiles pour le cas où un accident aussi grave se présenterait au médecin. Mais, en y réfléchissant, on verra que si, d'après le petit nombre de faits que nous connaissons, on ne doit avoir guère d'espoir d'arriver à un résultat heureux, cependant on peut épargner au malade des douleurs vives, et lui conserver quelques chances de salut.

Dans l'observation citée par Boerhaave, il y eut, après l'accident, ingestion d'une notable quantité de boissons. Or les liquides, s'échappant par la solution de continuité, devaient nécessairement aller irriter la plèvre et augmenter la gravité du

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, p. 141.

mal. Si donc on avait lieu de croire à l'existence d'une rupture de l'œsophage, il faudrait, avant tout, prescrire une *abstinence complète des boissons*, et se borner, pour *tromper la soif*, à laver la bouche avec des *liquides acidulés*, et à y faire fondre quelques *morceaux de glace*. Si des boissons avaient déjà été prises, l'examen de la plèvre et de l'estomac servirait à faire connaître au médecin combien il serait nécessaire de les suspendre, car l'épanchement dans la plèvre serait reconnu par l'auscultation et la percussion, et la vacuité de l'estomac constatée par ce dernier moyen.

On devrait encore, en pareil cas, essayer le *cathétérisme de l'œsophage*, afin d'introduire dans l'estomac des boissons, et si on le jugeait convenable, des aliments liquides. Un des dangers de cette opération serait évidemment, en pareil cas, la pénétration de la sonde dans la plèvre, à travers la solution de continuité. Les moyens de diagnostic que je viens d'indiquer seraient encore utiles pour reconnaître si l'on a fait cette espèce de fausse route. Dans tous les cas, on ne devrait commencer à injecter qu'une petite quantité d'un liquide mucilagineux; et, si l'on trouvait une augmentation de l'étendue de la matité dans la cavité pleurale, l'estomac restant vide; si, surtout au moment de l'injection, la douleur pleurétique augmentait, il faudrait se hâter de retirer la sonde pour lui faire parcourir un autre trajet; ou enfin, si les obstacles étaient trop considérables, on devrait suspendre entièrement ces tentatives. Il est évident que, pour pratiquer ce cathétérisme, on ne devrait se servir que d'une simple *sonde de gomme élastique*.

Le traitement variera ensuite, selon qu'on aura réussi à faire parvenir une sonde dans l'estomac, ou qu'on aura échoué dans cette tentative. Dans le premier cas, les divers médicaments seront introduits par la sonde; dans le second, il faudra les porter dans le canal intestinal à l'aide de lavements.

L'expérience nous manque pour savoir d'une manière positive quels sont les moyens auxquels il faudrait donner la préférence. Mais si nous consultons l'analogie, et si nous appliquons à la rupture de l'œsophage ce qui a été mis en usage dans les cas de péritonite suraiguë par suite de perforation, nous dirons que les *opiacés* doivent tenir la première place. Nous verrons en effet, à l'article *Péritonite*, que MM. Graves et Stokes ont, dans cette dernière maladie, retiré de notables avantages de l'administration du *laudanum* à doses élevées. Ainsi on prescrira *vingt*, *trente* et même *quarante gouttes de laudanum* dans une potion, à prendre par cuillerées, de demi-heure en demi-heure, et l'on appliquera sur la poitrine de larges *cataplasmes laudanisés*.

Dans le cas où l'on ne peut pas porter les médicaments dans l'estomac à l'aide de la sonde, il faut, je le répète, introduire les *narcotiques dans l'intestin*, en les élevant à une haute dose : *trente*, *quarante*, *cinquante gouttes de laudanum*, dans un lavement administré matin et soir, rempliront cette indication. Il ne faut évidemment pas craindre le narcotisme dans lequel ce traitement peut plonger le malade, car les accidents sont si graves, que ce narcotisme n'a en comparaison qu'un très léger inconvénient.

Dans les circonstances semblables à celle dont il est ici question, on applique ordinairement des *rubéfiants* aux extrémités, dans le but d'exciter l'organisme d'une manière générale, et aussi pour exercer une *dérivation*. Les *cataplasmes sinapisés*, les *sinapismes*, une *forte chaleur*, sont alors généralement recommandés.

Ces moyens sont de simples adjuvants, et leur valeur réelle ne nous est qu'imparfaitement connue.

Enfin il est presque inutile de dire que le malade doit garder le *silence* et rester dans un *repos absolu*. Tout mouvement pourrait aggraver notablement les symptômes : il faut donc que le médecin veille à ce qu'il n'en fasse aucun ; pour cela il faut *entretenir la liberté du ventre*, et forcer le malade à rester couché dans la même position.

Nous ne pouvons pas, ai-je dit, invoquer l'expérience en faveur de ce traitement; cependant on conçoit que si toutes les précautions précédentes étaient bien prises, et si, comme dans le cas cité par Boerhaave, l'affection était toute locale, la cicatrisation de la solution de continuité pourrait avoir lieu. Il était donc très important de présenter ces considérations ; car, si le médecin doit principalement s'attacher à connaître les maladies qui s'offrent le plus souvent dans la pratique, il ne saurait néanmoins négliger ces accidents si terribles pour lesquels il pourrait être appelé, et qui demandent une connaissance exacte de la maladie, et une détermination prompte dans le choix des moyens à mettre en usage.

ARTICLE VIII.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

Le cancer de l'œsophage a été peu étudié d'une manière particulière. La plupart des auteurs l'ont rangé dans la *dysphagie par cause organique*, comme l'a fait Boyer (1), ou dans le *rétrécissement du conduit alimentaire*. Cependant on trouve dans la science un assez grand nombre d'observations qui se rapportent évidemment soit au *squirrhe*, soit à l'*encéphaloïde* de l'œsophage. C'est dans cet ordre de maladies qu'il faut placer les *carnosités* trouvées par Galien (2), les *caroncules* nées des ulcères œsophagiens signalés par Sylvius, et sans doute quelques uns des *polypes* décrits par les médecins qui les ont suivis. Lieutaud en a rassemblé plusieurs cas qu'il a empruntés à divers auteurs, et qu'il a cités sous le nom d'*œsophagus scirrhosus*. Enfin, dans ces derniers temps, M. Cruveilhier et plusieurs autres en ont rapporté des exemples remarquables.

Cependant il faut dire que le cancer de l'œsophage est assez *rare*, et qu'il est surtout infiniment moins fréquent que le cancer de l'estomac ; si, en effet, nous consultons un tableau présenté par M. Tanchou à l'Académie des sciences, nous trouvons que, sur 9,118 cas de cancer, il y en avait 2,303 ayant leur siége dans l'estomac, et 13 seulement dans l'œsophage. Quoique ce résultat ne soit pas sans doute parfaitement exact, puisqu'il est tiré des registres de mortalité de la ville de Paris, dans lesquels les causes de la mort ne sont pas toujours bien constatées, cependant l'extrême différence entre la fréquence du cancer dans ces deux organes paraîtra bien digne de remarque (3).

Causes. Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les *causes* de cette maladie : c'est une question qui se représentera à l'occasion du *cancer de l'estomac*, et qui sera traitée avec quelques détails. Disons seulement ici qu'on a observé le plus grand

(1) *Traité des malad. chir.*, t. VII, p. 169.

(2) *De sympt. caus.*, lib. III, cap. II.

(3) Voy. à ce sujet ce que rapporte M. H. Lebert, *Traité pratique des malad. cancéreuses*, Paris, 1851, p. 92 et suiv.

nombre de cancers de l'œsophage à une *époque assez avancée de la vie*, et que cependant, comme les cancers des autres organes, celui-ci se manifeste parfois avant la vieillesse, puisque Lieutaud en cite deux exemples dans lesquels les sujets n'avaient pas dépassé trente-cinq ans. On n'a point fait, relativement au *sexe*, de recherches spéciales pour le cancer qui a son siége dans l'œsophage; ce n'est donc que d'après des généralités qu'on pourrait supposer qu'il se montre plus fréquemment chez les *hommes*.

J. Frank a trouvé que, parmi les sujets de ses observations, plusieurs avaient été affectés de *scrofules* dans leur jeune âge; que d'autres avaient été atteints de maladies *arthritiques* vers le milieu de la vie; que d'autres avaient supporté de *grandes fatigues*, et que la plupart enfin étaient *adonnés aux boissons alcooliques*. On sent que ces recherches auraient besoin d'être entreprises sur d'autres bases pour inspirer quelque confiance. On a cité (1) un exemple d'*hérédité*. Il s'agit d'une femme affectée d'un squirrhe de l'œsophage, et dont la mère et la sœur avaient été en proie à la même maladie. Cet exemple ne nous donne que des notions très vagues sur cette cause prédisposante.

Symptômes. Les symptômes du cancer de l'œsophage n'ont été suffisamment étudiés qu'au moment où la maladie est entièrement développée. Le *début* n'a été qu'imparfaitement indiqué dans les observations. Aussi ne pouvons-nous déterminer ce début que par des symptômes assez vagues. Une *sensation de gêne* plutôt que de douleur s'est manifestée d'abord dans la plupart des cas. Cette gêne se faisait sentir dans un point de l'œsophage que les malades pouvaient désigner avec le doigt. La fixité de ce symptôme dans un point limité est remarquable et indique le *siége de la maladie*. Suivant quelques auteurs, mais non d'après un relevé exact des observations, le point le plus fréquemment affecté est la partie inférieure du conduit musculeux. Quelquefois cependant c'est à la réunion du pharynx et de l'œsophage qu'existe le cancer, et Baillie (2) en a vu un occuper toute l'étendue de l'organe. Parfois aussi on a vu cette affection s'étendre du pharynx à l'œsophage.

La gêne que nous venons de signaler s'accompagne bientôt d'une *difficulté* plus ou moins notable *de la déglutition*. Cette difficulté se fait principalement sentir dans la déglutition des aliments solides. Il faut, pour que les aliments puissent passer, qu'ils soient longtemps triturés, et même, malgré cette précaution, les malades éprouvent une sensation d'obstacle dans le point précédemment indiqué. Cependant les liquides peuvent encore être assez facilement ingérés.

Ces symptômes sont les signes d'un *rétrécissement* occasionné par la tumeur cancéreuse, rétrécissement qui n'est pas encore porté à un degré extrême. Ils restent stationnaires pendant un temps très variable; on les a vus persister ainsi pendant plusieurs années. Mais ordinairement ils deviennent de jour en jour plus notables, ce qui indique les progrès du rétrécissement. Lorsque celui-ci est porté à un très haut degré, la déglutition, même des liquides, devient extrêmement difficile et parfois impossible. Alors il se joint aux symptômes précédents un signe nouveau, sur lequel Michaëlis (3) a principalement insisté, c'est le *vomissement*. Le vomissement a lieu tantôt presque immédiatement, tantôt un certain temps après l'ingestion.

(1) *The London med. Reposit.*, nov. 1818.
(2) *Anat. path.* Paris, 1815, in-8.
(3) *Dissertatio de vomitu ex œsophagi glandula scirrhosa*, 1770.

M. Cruveilhier a vu, dans un cas, les aliments et les boissons être retenus pendant plusieurs jours, et être vomis enfin en grande abondance. Il existe alors une dilatation considérable au-dessus du point rétréci. Farquharson (1), qui a observé des cas dans lesquels les aliments étaient retenus pendant plusieurs heures, a constaté qu'alors il existait un sentiment de plénitude et une *douleur* violente dans la poitrine et dans le dos. La matière des vomissements représente les boissons mêlées à des mucosités plus ou moins abondantes, dans lesquelles nagent les aliments peu ou point digérés.

A une époque avancée de la maladie, la gêne précédemment indiquée se change en une *douleur fixe* plus ou moins vive, qui augmente notablement lors de l'ingestion des liquides et surtout des solides. On a attribué ce changement à l'*ulcération* des tumeurs carcinomateuses. C'est alors surtout que les vomissements ont lieu avec promptitude, quoique quelquefois il survienne dans la lésion de l'œsophage certaines modifications qui peuvent faciliter la rétention des matières. Tel était le cas cité par M. Moutard-Martin (2), dans lequel l'ulcération ayant creusé une large cavité dans la substance pulmonaire, les matières ingérées s'accumulaient dans cette poche contre nature,

C'est à l'époque de l'ulcération du cancer que surviennent ordinairement, d'après les auteurs, les *hémorrhagies considérables* de l'œsophage. Cependant ce point n'a pas été suffisamment étudié.

Suivant J. Frank (3), on a pu quelquefois, en pressant sur les côtés et en arrière de la trachée-artère, à la partie inférieure du cou, reconnaître le *gonflement* et l'*induration* de l'œsophage devenu squirrheux ; mais il est un mode d'exploration qui fait diagnostiquer d'une manière plus sûre la présence de l'obstacle dans le conduit alimentaire : c'est le *cathétérisme de l'œsophage ;* la sonde, arrivée à une certaine hauteur, se trouve arrêtée ; et si le cancer est ulcéré, elle peut rapporter à son extrémité une *matière sanieuse* qui couvre l'ulcération.

Pendant que ces *symptômes locaux* se produisent, on voit apparaître des *symptômes généraux* qui éclairent le médecin sur la nature de la lésion. Les aliments étant rejetés peu de temps après leur ingestion, ou étant retenus dans une cavité dans laquelle la digestion ne s'accomplit pas, il en résulte bientôt un *dépérissement* considérable ; l'*amaigrissement* fait des progrès rapides dès l'instant où la déglutition devient très difficile ; la *faiblesse* est bientôt extrême, il y a un *découragement* marqué, et bientôt tous les symptômes du cancer : *teint jaune-paille terreux, langueur, marasme, fièvre lente*, etc., se manifestent et persistent jusqu'au dernier moment.

M. le docteur Pfeufer (4) a observé un cas de cancer de l'œsophage dans lequel l'aorte fut envahie et perforée, ce qui détermina deux *vomissements de sang artériel*, dont le premier était de 1,500 grammes environ. M. le docteur Barret (5) a vu un squirrhe de l'œsophage atrophier le nerf récurrent laryngé, et occasionner la *perte complète de la voix.*

En exposant les symptômes, j'ai tracé la *marche* de la maladie. Il serait à désirer

(1) *Mém. de la Soc. de Londres*, vol. II.
(2) *Bibl. méd.*, t. XXXIV.
(3) *Prax. med.*, etc., pars III, vol. I, sect. II.
(4) *Zeitschrift für rat. Med.*, Bd. III, Hft. 5.
(5) *The Lancet*, London, mai 1847.

que, d'après les observations, on pût l'indiquer d'une manière plus précise ; mais ce travail n'a point été entrepris. On peut dire, en général, que l'affection est de longue *durée*. On la voit quelquefois, après avoir persisté longtemps, marcher tout à coup avec rapidité, et c'est à l'ulcération qu'on est porté à attribuer cette marche rapide de tous les symptômes. Quant à la *terminaison*, elle a été constamment mortelle.

Les *altérations anatomiques* sont variées. Tantôt on trouve des tumeurs de nature squirrheuse, d'un blanc nacré, dures, criant sous le scalpel, et occupant, comme M. Mondière en a cité plusieurs exemples, l'espace intermédiaire entre les diverses tuniques de l'œsophage ; tantôt on constate la présence de la matière cancéreuse infiltrée en couche stratiforme, et entourant les parois dans une plus ou moins grande partie de leur étendue, de manière à diminuer le calibre de l'œsophage ; tantôt enfin on rencontre des champignons cancéreux, mous, surtout dans certaines parties, infiltrés d'une matière lactescente, d'un blanc rougeâtre, et présentant les caractères du cancer encéphaloïde. Alors les tuniques sont plus ou moins confondues au niveau de cette altération, et augmentées d'épaisseur dans les parties environnantes ; c'est ainsi, par exemple, que les fibres musculaires ont le double ou le triple de leur volume ordinaire. L'ulcération qui s'empare de ces parties les détruit dans une plus ou moins grande profondeur ; il peut en résulter des perforations qui font communiquer l'œsophage avec les cavités voisines, ou qui forment des poches additionnelles, comme dans le cas cité par M. Moutard-Martin. La dilatation de la partie supérieure de l'œsophage et l'épaississement de ses membranes sont le résultat du rétrécissement ou de l'oblitération causée par le cancer. La partie située au-dessous de la lésion est, au contraire, revenue sur elle-même, et présente une diminution de calibre plus ou moins marquée.

Le *diagnostic* de cette affection se tire, et des symptômes locaux, et des symptômes généraux. C'est par les premiers surtout qu'on distingue le cancer de l'œsophage de la constriction spasmodique ou *œsophagisme*, au début de l'affection. Dans la *constriction spasmodique*, les accidents surviennent ordinairement tout à coup, et deviennent rapidement très violents, de telle sorte que, dès les premiers jours, l'obstacle s'opposant entièrement à la déglutition, les matières sont rejetées par le vomissement. Dans les cas où la constriction n'est pas portée à un aussi haut degré, la déglutition, quoique difficile, s'exécute encore complétement ; elle se fait seulement avec lenteur : en outre, il existe presque toujours d'autres symptômes nerveux tels que les symptômes hystériques, qui éclairent le médecin sur la nature de la maladie. Nous avons vu, au contraire, que, dans le *cancer de l'œsophage*, les premiers symptômes consistaient dans une gêne ayant un siége fixe, et dans la difficulté et la lenteur de la déglutition des aliments solides ; les autres symptômes nerveux n'existent pas.

Le *rétrécissement* organique de l'œsophage *de nature non cancéreuse* est beaucoup plus rare que ne l'ont supposé les auteurs qui n'ont point suffisamment recherché l'existence du cancer. Les exemples authentiques de cette lésion doivent être presque tous rapportés à une altération produite par le séjour des corps étrangers, ou par l'ingestion des poisons caustiques, et principalement par les acides, ainsi que plusieurs auteurs, et en particulier Bayle, en ont rapporté des cas remarquables. La connaissance de la cause sera donc ici d'une grande utilité pour le dia-

gnostic. De plus, les symptômes de dépérissement étant seulement en rapport avec la difficulté de l'ingestion des aliments, il en résulte qu'on ne voit pas survenir aussi promptement les signes de cachexie indiqués plus haut. C'est là, au reste, un diagnostic sur lequel je reviendrai lorsque j'aurai fait l'histoire des rétrécissements de l'œsophage.

Je ne crois pas devoir donner un tableau synoptique d'un diagnostic aussi peu compliqué et aussi peu étudié.

Traitement. Ce que j'ai dit de la terminaison constamment fatale de la maladie prouve que le *traitement* ne peut être que palliatif. Cependant, comme ce traitement prolonge l'existence, et peut apporter de grands soulagements au malade, il importe d'en dire un mot.

Le premier moyen qui se présente, c'est de faire pénétrer facilement les boissons et les aliments dans l'estomac et de s'opposer aux progrès du rétrécissement. Pour cela il faut mettre en usage le *cathétérisme de l'œsophage*. J'indiquerai plus loin comment il faut y procéder; disons seulement qu'on ne doit agir qu'avec de grandes précautions, car les parties étant déformées, on pourrait léser les tissus déjà malades et provoquer une ulcération à marche rapide. Lorsqu'on est parvenu à franchir l'obstacle et à porter la sonde dans l'estomac, on se sert de ce moyen pour injecter des *aliments demi-liquides*, et de plus, en augmentant graduellement le volume des sondes, on agrandit le passage. Pour opérer la *dilatation*, on laisse la sonde à demeure aussi longtemps que le malade peut la supporter. Souvent elle produit une telle gêne, qu'on est obligé de la retirer immédiatement après l'ingestion des liquides alimentaires, et à procéder ensuite de nouveau au cathétérisme. D'autres fois on est obligé de retirer la sonde après une ou plusieurs heures de séjour.

Il ne faut pas se dissimuler que, dans les cas dont il s'agit, ce moyen n'a pas une bien notable efficacité; il ne saurait, en effet, s'opposer à ce que la maladie fasse chaque jour des progrès, et bientôt son usage devient impossible. Aussi plusieurs auteurs se sont-ils élevés avec force contre cette manière de traiter le rétrécissement cancéreux.

Viennent ensuite les médicaments que l'on oppose directement au cancer : l'*extrait de ciguë*, la *belladone*, les *antimoniaux*, les *préparations mercurielles*. Ces moyens sont habituellement employés; mais il n'est pas un seul fait bien constaté qui prouve leur efficacité.

On a encore recommandé les *frictions mercurielles* sur la poitrine, les *cautères*, les *moxas;* mais ces moyens n'ayant point de valeur démontrée, et les derniers causant au malade des douleurs inutiles, je dois me borner à les indiquer.

Enfin viennent les *boissons mucilagineuses*, les *potions huileuses*, en un mot les substances destinées à lubrifier l'œsophage, et qui sont propres à faciliter le passage des aliments, lorsque la gêne de la déglutition n'est pas encore portée au plus haut degré.

Si l'alimentation par la partie supérieure des voies digestives est impossible, on introduit dans le rectum, à l'aide de *lavements*, des substances nourrissantes : des *bouillons*, des *jaunes d'œufs délayés*, etc.; mais cette dernière et faible ressource ne tarde pas à être inutile, et le malade succombe dans le marasme.

ARTICLE IX.

DÉGÉNÉRESCENCES CARTILAGINEUSES ET OSSEUSES.

Je ne dirai qu'un mot de ces lésions, dont on trouve des cas remarquables dans la science. Après des symptômes de dysphagie semblables à ceux que nous avons précédemment cités, et qui peuvent durer très longtemps, comme Lieutaud (1) en a rapporté plusieurs exemples, on trouve dans l'œsophage des *anneaux cartilagineux et osseux*, au niveau desquels le conduit peut être rétréci au plus haut degré. Cette lésion, au-dessus des ressources de l'art, ne doit pas nous arrêter plus longtemps.

ARTICLE X.

DILATATION DE L'ŒSOPHAGE.

C'est encore là une lésion qui intéresse fort peu le praticien : il suffit d'en dire quelques mots. Les dilatations pathologiques de l'œsophage ont été, comme le dit M. Velpeau (2), rapportées aux trois causes suivantes : 1° à la *hernie de la membrane muqueuse*, à travers un éraillement de la musculeuse ; 2° au séjour prolongé de *corps étrangers* lourds et volumineux ; 3° à un obstacle à la déglutition. Cette dernière dilatation n'est qu'une conséquence des autres affections de l'œsophage, et principalement du rétrécissement. J'en ai déjà parlé. L'existence de la première est mise en doute par les auteurs qui se sont occupés récemment de ce sujet. Quant à la seconde, on en trouve plusieurs exemples rassemblés par M. Mondière (3).

L'accumulation des aliments dans la poche qui résulte de la dilatation ; la tuméfaction du cou qui en est la conséquence lorsque la lésion occupe la partie supérieure de l'œsophage ; le rejet des aliments accumulés, et par suite la disparition de la déformation dans les cas qui viennent d'être mentionnés ; la fétidité de l'haleine occasionnée par l'altération des aliments qui ont séjourné dans la poche œsophagienne : tels sont les signes de cette dilatation, contre laquelle les auteurs ne nous ont pas donné de traitement efficace.

Mais il est temps d'arriver à une affection qui présente des questions plus importantes à examiner : c'est le *rétrécissement de l'œsophage*.

ARTICLE XI.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

Cette affection si grave a été étudiée avec beaucoup plus de soin que les précédentes ; mais, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, les auteurs ne se sont point attachés à distinguer nettement les cas dans lesquels le rétrécissement était dû au développement d'un cancer, de ceux où il résultait des autres lésions de l'organe, de telle sorte qu'on trouve dans leurs descriptions une confusion très grande. M. Mondière (4) a rassemblé les principaux exemples de cette affection rapportés

(1) *Hist. anat.-med.*, t. II.
(2) *Dict. de méd.*, t. XXI, art. ŒSOPHAGE.
(3) *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2ᵉ série.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1831, t. XXV, p. 358 et suiv.

par les auteurs ; c'est à lui que, dans ces derniers temps, on a emprunté les descriptions de ce rétrécissement ; c'est aussi dans son mémoire que je puiserai en grande partie les détails qui vont suivre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Presque toutes les lésions qui ont été décrites plus haut ont une grande tendance à produire le rétrécissement de l'œsophage ; en outre, les tumeurs qui se forment aux environs de ce conduit peuvent diminuer son calibre au point de rendre très difficile ou même impossible le passage des aliments. Les faits de cette dernière espèce, quoique ne constituant pas, à proprement parler, de véritables rétrécissements, doivent en être rapprochés, car les conséquences en sont les mêmes. Il résulte de tout cela que le rétrécissement de l'œsophage, *sans être une maladie fréquente*, s'est présenté assez souvent pour qu'on en possède un nombre considérable d'observations, exposées en grande partie dans les auteurs sous le nom de *dysphagie.*

Si nous ne voulions donner le nom de *rétrécissement de l'œsophage* qu'à une affection semblable au rétrécissement de l'urètre, nous trouverions au contraire que cette affection est fort rare, et ne se montre ordinairement, comme je l'ai déjà fait remarquer, qu'à la suite d'une lésion profonde de l'œsophage occasionnée par le séjour d'un corps étranger ou par les caustiques. Mais, dans l'état actuel de la science, on ne peut malheureusement pas faire cette distinction d'une manière positive, et quoiqu'il ne faille pas regarder, dans la plupart des cas, le rétrécissement comme une maladie indépendante, il est bon cependant de tracer son histoire à part ; car, par quelque cause qu'il soit produit, il présente des particularités importantes.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On ne s'est guère occupé des causes prédisposantes de cette affection. Nous avons vu plus haut que, d'après le docteur Gaitskeel (1), on avait admis que le rétrécissement peut être *héréditaire ;* mais, dans les cas cités par cet auteur, il s'agissait de rétrécissements cancéreux, et ces faits se rapportent uniquement à l'hérédité du cancer. M. Cassan (2) a rapporté un cas intéressant dont il sera question plus tard, et dans lequel on nota que, dès l'enfance, la déglutition était difficile. Faut-il en conclure que le rétrécissement peut être *congénital ?* Il serait évidemment nécessaire d'avoir de nouveaux faits pour se prononcer sur ce point.

L'*abus des liqueurs alcooliques*, des *substances âcres*, comme dans un cas cité par Graëfe et indiqué par M. Mondière, peut-il être regardé comme une cause prédisposante ? Il semble, au contraire, que, dans ce cas, l'ingestion de liquides irritants a pu, à la longue, devenir cause déterminante ; et, si les faits de ce genre étaient plus nombreux, on devrait admettre l'existence de cette cause, au même titre que l'ingestion des liquides âcres ou brûlants.

Ayant trouvé quelquefois les ganglions lymphatiques engorgés autour de l'œsophage, et le comprimant, on en a conclu que la maladie était, dans ce cas, de

(1) *Lond. med. Repos.*, t. X.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1826, t. X, p. 79.

nature scrofuleuse, et que, par conséquent, le *vice scrofuleux* devait être rangé parmi ses causes prédisposantes. Quelques faits semblent venir à l'appui de cette opinion.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles signalées par les auteurs sont assez nombreuses. En première ligne il faut placer la présence de *corps étrangers* qui déterminent une inflammation de longue durée dans un point circonscrit de l'œsophage. Plusieurs faits de ce genre ont été cités par M. Mondière. Les principaux sont empruntés à Gadelius (1), à Littre (2), à Bagard, etc. Les corps étrangers qui, dans ces cas, occasionnèrent le désordre étaient une *pièce de monnaie*, une *épingle*, une *arête de poisson*, un *os*. Dans ces divers cas, existait-il un rétrécissement simple, ou bien y avait-il un rétrécissement cancéreux ? C'est ce qu'il n'est pas toujours possible de déterminer d'après la description des auteurs. Il est même quelquefois difficile de dire si une tumeur cancéreuse ne préexistait pas à l'introduction du corps étranger, et n'en avait pas occasionné l'arrêt dans le point malade, tant l'observation a encore à faire sur ce sujet important !

Dans d'autres circonstances, ce sont des *liquides âcres et caustiques* qui ont déterminé la lésion, cause du rétrécissement. Chez un sujet observé par Bayle, l'affection se produisit après un empoisonnement par l'*acide nitrique*. J'ai déjà cité le cas de Graëfe, dans lequel on constata que le malade avait l'habitude d'avaler le *suc du tabac*. Les *liquides très chauds* ou des *aliments brûlants* paraissent avoir produit le même résultat dans un cas cité par J.-J. Leroux (3).

Éverard Home, cité par M. Mondière, a attribué le rétrécissement de l'œsophage à des *vomissements prolongés ;* mais ce dernier auteur a parfaitement fait remarquer que, sans doute, l'effet avait été pris pour la cause. Il faut en dire autant du *pyrosis*, du *hoquet*, etc., qui sont des symptômes d'un rétrécissement commençant, dû ordinairement à une cause inconnue. La même réflexion s'applique encore à l'*œsophagisme* regardé comme cause du rétrécissement : il faudrait, pour prouver le fait, qu'on eût pris soin de s'assurer qu'à l'époque où il existait seulement des signes d'œsophagisme, il n'y avait aucun rétrécissement, et c'est ce qu'on n'a pas fait.

L'*ulcération* laisse-t-elle à sa suite un rétrécissement de l'œsophage ? Nous avons vu plus haut que les exemples d'ulcération simple sont fort rares, et que, dans les cas où l'on a pu admettre l'existence de cette lésion, on n'a point été témoin de l'apparition d'un rétrécissement consécutif. Dans les cas de cancer, l'ulcération coïncide sans doute avec un rétrécissement, mais c'est le cancer lui-même qui doit être regardé comme formant l'obstacle.

« Palletta (4) a vu, dit M. Mondière, une femme qui éprouva les premiers symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage aussitôt après la *suppression d'une leucorrhée abondante* et la *disparition d'une éruption cutanée* caractérisée par des papules. » N'y avait-il pas tout simplement, dans ce cas, une ulcération vénérienne ?

Je n'en dirai pas davantage sur ces causes, et je me contenterai de faire remar-

(1) *Bibl. méd.*, t. XXXIX.
(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1716.
(3) *Cours de méd. prat.*, 1825, t. I.
(4) *Exercitationes pathologicæ*. Milan, 1820, pars II.

quer que les seules qui doivent être admises jusqu'à nouvel ordre sont la présence du cancer, l'action des caustiques et l'irritation prolongée produite par les corps étrangers. Mais il importe de dire un mot de l'obstacle apporté au passage des aliments par une *tumeur* siégeant en dehors de l'œsophage. Voici, d'après Boyer, quelles sont, dans ces cas, les causes qui produisent la dysphagie : « Elle peut dépendre, dit-il, du *gonflement extraordinaire de la thyroïde*, d'une tumeur formée *entre la trachée et l'œsophage*, ou dans un autre point de la circonférence de celui-ci ; de l'*engorgement et de l'endurcissement du thymus*, d'un *anévrysme de l'aorte ;* du *volume énorme du foie*, de l'*engorgement des glandes lymphatiques* qui entourent la partie de l'œsophage contenue dans le médiastin, et dont les plus grosses sont situées près de la cinquième vertèbre du dos, vers l'endroit où l'œsophage se porte un peu à droite pour faire place à l'aorte.

» On conçoit aisément, ajoute cet auteur, que la tuméfaction et l'endurcissement de ces glandes, qui sont intimement attachées à l'œsophage, doivent produire sur ce conduit une compression capable de gêner le passage des aliments, et même de l'intercepter entièrement. » Dans tous ces cas, les choses se passent comme dans les cas d'abcès formés en dehors de la paroi œsophagienne ; seulement ici les progrès de la maladie étant lents, le calibre du conduit n'est diminué que peu à peu.

§ III. — Symptômes.

Quelle que soit la cause qui a produit la diminution du calibre de l'œsophage, les symptômes qui en résultent sont à peu près les mêmes. Cependant, suivant M. Mondière, lorsque les rétrécissements de l'œsophage succèdent à l'inflammation aiguë de ce conduit, on observe, d'abord réunis en plus ou moins grand nombre, les signes de l'œsophagite ; mais il faut dire que les cas de ce genre sont au moins très rares.

Dans les cas ordinaires, le premier symptôme qui se manifeste est une *gêne plutôt qu'une douleur dans un point fixe* de l'œsophage, avec *tension* ou *plénitude*, augmentant principalement après l'ingestion des aliments. Plus tard, la *difficulté de la déglutition* se fait sentir lors du passage des aliments solides d'abord, et puis des liquides.

M. Mondière a emprunté à Howship un cas dans lequel le premier symptôme qui apparut fut une *violente douleur* entre les épaules, le long de la colonne vertébrale, douleur qui augmenta bientôt à un tel degré, qu'il semblait au malade qu'on lui traversait cette partie avec un fer rouge.

On a observé, et M. Mondière insiste sur ce point, qu'assez fréquemment la gêne primitive se fait sentir, non dans le point occupé par la maladie, mais bien *dans le pharynx lui-même*. Ce phénomène a été regardé comme un effet sympathique.

Lorsque la maladie est arrivée à une époque plus avancée, les symptômes deviennent plus remarquables, et voici ce qui se passe d'après M. Mondière : « Si le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'œsophage, les *aliments sont rejetés presque immédiatement* avec une grande quantité de salive et de mucosités. Si, au contraire, l'obstacle est situé dans un point rapproché du cardia, ils s'accumulent, distendent l'œsophage en forme de poche, et ne sont rejetés par un mouvement de régurgitation que *une ou deux heures et quelquefois trois heures après*, quand

l'affection existe depuis longtemps, et que par conséquent la dilatation est considérable.

« Tantôt, ajoute M. Mondière, cette régurgitation se fait sans beaucoup d'efforts et sans beaucoup de douleur ; tantôt il y a des efforts très violents qui peuvent aller jusqu'à faire craindre la suffocation : la malade dont Littre nous a transmis l'histoire était dans ce cas. Cependant les matières ingérées ne sont pas constamment rejetées en totalité ; souvent il en reste une certaine quantité dans la partie de l'œsophage qui est dilatée, et, quelque temps après leur ingestion, elle pénètre dans l'estomac. Le malade observé par M. Cassan avait la conscience de cette descente des aliments, qui, disait-il, semblaient passer par une filière. »

Dans quelques cas, et notamment dans celui que je viens de mentionner, on a constaté, au moment du passage des boissons dans le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, un *gargouillement* marqué. Taranget, cité par M. Mondière, a, chez un malade, observé ce qui suit : « La boisson, dit-il, péniblement avalée, formait dans l'œsophage un bruit sourd et trois fois répété, espèce de roulement qui attestait combien le passage était difficile. » N'est-il pas nécessaire, pour que cet effet soit produit, que la partie supérieure du conduit soit dilatée, et qu'il s'introduise une certaine quantité d'air dans le pharynx?

Les symptômes que je viens d'indiquer se rapportent tous à l'ingestion des aliments et des boissons ; mais il en est d'autres qui existent dans les intervalles, et qu'il importe de signaler : c'est une *gêne permanente* dans le point occupé par la maladie, et quelquefois une *douleur continue* ou *intermittente* s'étendant, dans certaines circonstances, le long de la gorge jusqu'à la base du crâne, et par la trompe d'Eustache jusqu'à l'oreille, mais partant plus souvent de l'appendice xiphoïde pour s'irradier le long de la colonne vertébrale. M. Mondière a constaté l'existence de ce symptôme dans les observations empruntées à Everard Home, Marcard, Gaitskeel et Vater.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces *symptômes locaux* sont : le *découragement*, le *dépérissement*, le *marasme*. Malheureusement on n'a point cherché à faire, dans les recherches qu'on a entreprises à ce sujet, la part de la cachexie cancéreuse et des accidents produits par le rétrécissement lui-même.

Si l'on a lu avec quelque attention la description que je viens de présenter, on se sera convaincu que les symptômes ne diffèrent pas d'une manière sensible de ceux que j'ai assignés plus haut au *cancer de l'œsophage ;* cela tient à ce que l'histoire du rétrécissement a été presque toujours tracée d'après des cas de cancer, et qu'on n'a fait aucun effort pour arriver à la connaissance du rétrécissement simple. J'insiste sur ce point, parce qu'il est extrêmement important, et qu'il nous apprend pourquoi le traitement du rétrécissement de l'œsophage n'est exposé nulle part avec quelque précision.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Je ne reviendrai pas en détail sur ce que j'ai dit de la *marche* de la maladie à l'occasion du cancer de l'œsophage. Je me contenterai de présenter ici une remarque qui a été faite par M. Mondière, et qui ne manque pas d'importance. Il s'agit d'une marche particulière de la maladie qui s'observe dans quelques cas.

Je ne saurais mieux faire que de citer textuellement le passage où il en est question :

« On pourrait croire, dit-il, que puisque, dans les rétrécissements de l'œsophage, l'obstacle à la déglutition est permanent, les accidents qu'ils déterminent devraient aussi ne présenter aucune rémission ; cependant il n'en est rien, comme le prouvent les observations suivantes, sans qu'on puisse se rendre compte d'une manière satisfaisante de cette particularité. M. Heineken de Bremen a donné des soins à un malade qui, après avoir éprouvé des affections morales tristes et permanentes, commença à ressentir un obstacle dans la déglutition ; quelque chose lui semblait empêcher les aliments de descendre dans l'estomac ; ils étaient rejetés mélangés de mucus. Il se passait des jours entiers sans qu'il ressentît la moindre gêne ; d'autres fois, pendant des journées entières, ce n'était qu'à l'aide de beaucoup de liquide qu'il parvenait à avaler une très petite quantité d'aliments solides. A ces symptômes se joignit un sentiment désagréable de pression vers le milieu du sternum, sensation qui devenait plus marquée pendant la déglutition. Après des variations nombreuses dans la marche et l'intensité de la maladie, celle-ci s'aggrava tout à coup, et le malade succomba après avoir vomi le sang pendant vingt-quatre heures. L'autopsie fit découvrir une altération profonde de l'œsophage dans son tiers inférieur.

» Cette même rémission s'observa chez un homme dont parle J.-J. Leroux, et même à un degré assez marqué pour que le malade ait pu, à plusieurs reprises, quitter l'hôpital, se croyant complétement guéri. Ces dernières observations, réunies à celles que nous avons déjà rapportées, suffisent pour faire voir que le diagnostic du rétrécissement de l'œsophage n'est pas toujours aussi facile à établir qu'on pourrait le croire au premier abord. On a souvent, en effet, regardé comme tenant à une lésion organique de l'œsophage des dysphagies qui dépendaient de toute autre cause, et en particulier de l'œsophagisme. »

La *durée* de l'affection est indéterminée : pour l'établir d'une manière utile, il faudrait distinguer les cas qui appartiennent au cancer de ceux qui sont dus à une autre cause, et nous avons vu qu'on ne l'a pas encore fait. Quant à la *terminaison*, je dois dire qu'on a cité à peine quelques cas de guérison ; je les rappellerai, et je discuterai leur valeur à l'occasion du traitement. La terminaison fatale est produite et par le défaut d'alimentation, et par les ravages qui résultent des progrès de la lésion organique, ou bien par la rupture, la perforation de l'œsophage, etc.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques qui appartiennent à cette affection sont nécessairement très variées : tantôt on a trouvé des cicatrices en forme de brides, et c'est principalement dans le cas où la maladie a été causée par l'action des caustiques ; tantôt on a constaté la présence des lésions variées appartenant au cancer, et que j'ai indiquées plus haut ; tantôt enfin on a vu que l'obstacle au passage des aliments était occasionné par la dégénérescence osseuse et cartilagineuse, ou par la présence de tumeurs diverses aux environs de l'œsophage. Je ne crois pas qu'il soit utile d'insister sur ces détails.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic du rétrécissement de l'œsophage se tire des symptômes locaux précédemment énumérés. Il est quelques affections qui peuvent le simuler : mais, à ce sujet, je me bornerai à rappeler ce qui a été dit plus haut de l'*œsophagisme*, et je distinguerai le rétrécissement de la *paralysie* dans l'article consacré à cette dernière maladie.

Mais il est une autre question qu'il est important de se faire : Le rétrécissement est-il simple, est-il dû à un *simple épaississement des parois*, à une *cicatrice froncée ou en forme de bride?* ou bien est-ce un *rétrécissement cancéreux?* ou bien encore l'obstacle est-il produit par une *tumeur voisine?* On éprouve un grand embarras quand il s'agit de résoudre ce problème; les recherches n'ont point, en effet, été convenablement dirigées pour arriver à une semblable solution.

Et d'abord je dirai que le diagnostic du *rétrécissement simple* et du *rétrécissement cancéreux* n'a été établi nulle part, et que, selon toutes les apparences, il ne peut pas l'être actuellement, puisqu'on n'a pas suffisamment distingué les cas. On peut plus facilement arriver à la connaissance du rétrécissement produit par une tumeur qui comprime l'œsophage ; et, à ce sujet, je crois devoir citer le passage suivant, emprunté encore à M. Mondière :

« Quant à la dysphagie produite par l'*engorgement des glandes lymphatiques* voisines, nous pouvons donner comme signes propres à la caractériser, qu'elle se montre principalement dans l'enfance ou dans l'adolescence, et que, le plus ordinairement, les glandes sous-maxillaires et celles qui se trouvent situées le plus superficiellement le long du cou participent à l'engorgement de celles sur lesquelles Vésale a le premier fixé l'attention des anatomistes. Ajoutons que cette espèce de dysphagie est peu fréquente, que l'endroit où se trouvent en plus grand nombre ces ganglions lymphatiques correspond à la quatrième ou à la cinquième vertèbre dorsale, et qu'il est rare, comme nous aurons occasion de le faire remarquer, que les rétrécissements organiques de l'œsophage aient leur siége en cet endroit ; presque toujours, en effet, ils occupent la partie inférieure et surtout supérieure de ce conduit.

» Il est encore beaucoup d'autres maladies, comme la *luxation des cornes de l'os hyoïde*, un *engorgement considérable de la glande thyroïde*, des *lésions organiques de la trachée-artère ou du poumon*, etc., qui peuvent occasionner la *dysphagie;* mais la plupart de ces maladies s'annoncent par des symptômes particuliers, le plus ordinairement si tranchés et si caractéristiques, qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de confondre la dysphagie à laquelle elles donnent lieu avec celle qui résulte d'un rétrécissement organique de l'œsophage.

» Pour ce que disent la plupart des auteurs, même modernes, qui ont écrit sur les rétrécissements de l'œsophage, qu'on les a souvent confondus avec la dysphagie produite par la compression exercée par un *anévrysme de l'aorte*, nous ferons observer qu'indépendamment des symptômes ordinaires aux dilatations de ce vaisseau principal qui ne permettent guère de les méconnaître, il est une chose remarquable et dont il est difficile de se rendre compte, c'est que presque toujours (dans dix cas au moins sur douze, où l'on a vu les anévrysmes de l'aorte s'ouvrir dans l'œsophage)

la déglutition n'a été nullement gênée. Ainsi M. Laënnec (de Nantes) envoya en 1822, à l'Académie de médecine (1), la pièce anatomique d'un anévrysme de l'aorte avec perforation de la trachée-artère et de l'œsophage, et le malade, qui pendant longtemps avait craché et vomi du sang, n'éprouva jamais de trouble dans la respiration ni dans la déglutition. Il en fut de même chez les malades observés par MM. Henry (2), Bertin et Bouillaud (3), Bertin (4), Ouvrard (5), Raikem (6), Laënnec (7), Fizeau (8), Fauconneau-Dufresne (9), Sauvages (10), etc. Chez tous les malades dont ces auteurs nous ont transmis les observations, l'aorte, plus ou moins dilatée, s'ouvrit dans l'œsophage, et jamais cependant ils ne se plaignirent de gêne dans la déglutition. Nous rapportons le fait sans chercher à en donner une explication.

» Nous ne saurions terminer ce qui a rapport au diagnostic sans rappeler tout l'avantage que l'on peut retirer de l'emploi des sondes, considérées comme moyen explorateur, soit seulement pour reconnaître le siége des rétrécissements, soit encore pour s'assurer du degré auquel ils sont parvenus. Dans le premier cas, on peut employer la sonde dont Dupuytren se servait pour reconnaître la présence des corps étrangers : c'est une tige d'argent flexible, et cependant assez résistante, longue de dix-huit à vingt pouces, terminée à une de ses extrémités par un anneau et à l'autre par une boule. Pour atteindre le second but, on a recours à une sonde exploratrice, dont Ducamp (11) nous donne la description. »

Pronostic. Puisque le rétrécissement de l'œsophage est le plus souvent dû à une maladie organique incurable, il est presque inutile de dire que le pronostic est très grave. Cependant on a cité quelques cas de guérison par divers procédés ; il en sera question à l'article du *traitement*. Ces cas de guérison sont relatifs à des rétrécissements simples ou occasionnés par une tumeur voisine de l'œsophage ; car, lorsque l'existence du cancer est constatée, on peut espérer de retarder par divers moyens la terminaison fatale, mais non d'amener une guérison complète.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du rétrécissement de l'œsophage est presque entièrement chirurgical : il consiste dans la *dilatation*, dans la *cautérisation*, dans les *scarifications* de l'œsophage, et, en désespoir de cause, dans l'*œsophagotomie* et la *gastrotomie*. M. Velpeau (article cité) a exposé avec soin ces divers moyens de traitement, qu'il a décrits principalement d'après l'article de M. Mondière. Je suivrai en partie ces deux auteurs dans les détails qui vont suivre.

1° *Dilatation.* La dilatation de l'œsophage est le moyen le plus anciennement em-

(1) *Revue méd.*, t. VIII, p. 47.
(2) *Ephém.*, t. VI, p. 219.
(3) *Traité des malad. du cœur*. Paris, 1824, p. 110.
(4) *Bull. de la Soc. méd. d'émul.*, 1812, p. 14.
(5) *Diss. inaug.* Paris, 1811, n° 53, p. 25.
(6) *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, 1812.
(7) *Traité de l'auscultation médiate.*
(8) *Bibl. méd.*, t. LIII, p. 68.
(9) *Thèse*, 1824, n° 220, p. 23.
(10) *Nosol. méthod.*, t. VIII, p. 81, 1re édit.
(11) *Traité des rétentions d'urine.* Paris, 1819, p. 149.

ployé. On fait remonter à Mauchart (1) l'emploi de ce procédé. Dans ces derniers temps, Dupuytren et Boyer l'ont mis en usage comme palliatif, et M. Mondière a emprunté à divers auteurs des observations dans lesquelles on est parvenu, par la dilatation, à obtenir un succès complet.

On sent combien il serait nécessaire de pouvoir distinguer, sous le rapport du traitement dont il s'agit, le rétrécissement simple du rétrécissement cancéreux. Malheureusement on n'a point encore, je le répète, établi cette distinction d'une manière positive. Toutefois cette confusion n'a d'inconvénients réels que quand il s'agit de déterminer la valeur du traitement; car l'introduction des sondes étant mise en usage dans tous les cas, pour faire pénétrer les aliments dans l'estomac, le traitement lui-même n'est pas sensiblement modifié suivant les circonstances. Seulement on conçoit que, dans les cas où l'on soupçonnerait l'existence d'une lésion organique grave et avancée, on devrait agir avec beaucoup plus de précaution dans l'emploi des sondes, car on pourrait occasionner des désordres qui accéléreraient considérablement la marche de la maladie.

DILATATION PAR LES SONDES.

Voici, d'après Boyer, comment on procède à l'introduction de la sonde :

« Si le rétrécissement est très considérable, il faut se servir d'une sonde ordinaire, et quelquefois même d'une sonde de très petit calibre. Dans ce dernier cas, celle-ci doit être garnie d'un stylet de fer, pour surmonter la résistance qui s'oppose à son introduction. Dans le cas, au contraire, où le rétrécissement n'est pas porté au plus haut degré, on se sert de la sonde œsophagienne. L'instrument peut être introduit par la bouche ou par les fosses nasales : de ces deux voies la première est plus courte, plus directe, et mérite la préférence, lorsqu'il n'est pas nécessaire de laisser la sonde à demeure ; mais lorsque, pour prévenir les inconvénients qui résultent de l'introduction répétée de l'instrument, on se décide à le laisser en place, il vaut mieux le passer par les fosses nasales.

» Lorsqu'on porte la sonde *par la bouche*, le procédé opératoire est fort simple : le malade étant assis, et la tête un peu renversée en arrière, le chirurgien abaisse la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, appliqué sur la face supérieure de cet organe le plus près possible de sa base, et porte la sonde, enduite d'un mucilage et tenue de la main droite comme une plume à écrire, le long du bord radial de ce doigt, en la dirigeant un peu à gauche jusqu'à la paroi postérieure du pharynx : la sonde est d'abord arrêtée contre cette paroi ; mais, quand on continue de la pousser, elle se courbe et descend ainsi dans l'œsophage aussi bas qu'on le juge nécessaire.

» L'introduction *par les fosses nasales* est beaucoup plus difficile, plus douloureuse et quelquefois impossible. La sonde, conduite sur le plancher des fosses nasales dont la direction est horizontale, rencontre à angle droit la paroi postérieure du pharynx, sur laquelle elle a de la peine à se courber pour descendre dans l'œsophage, et les efforts qu'on fait pour la faire pénétrer plus avant ne laissent pas que d'être douloureux. La difficulté serait beaucoup plus grande, et peut-être même insurmon-

(1) *De struma œsophagi*, etc. Tubingue, 1742.

table, si le cas exigeait que la sonde fût garnie d'un stylet de fer, pour la rendre propre à surmonter l'obstacle qui s'oppose à la déglutition. »

Si ce dernier cas se présentait, il faudrait imiter la conduite de Boyer, qu'il a exposée lui-même dans une observation intéressante, où il s'agit d'une malade qui était entièrement privée d'aliments depuis sept jours, par suite de l'impossibilité de la déglutition. Voici comment procéda Boyer (1), auquel j'emprunte le passage suivant :

« L'indication la plus pressante était de nourrir la malade. Je me décidai sur-le-champ à introduire par la bouche, dans le pharynx et l'œsophage une sonde de gomme élastique sans stylet. La sonde pénétra aisément jusqu'au commencement de l'œsophage ; mais elle fut arrêtée dans cet endroit par un obstacle insurmontable. Je substituai à cette sonde une algalie d'argent, laquelle pénétra après une forte résistance. De l'eau tiède fut injectée avec précaution au moyen d'une seringue. La sensation agréable qu'éprouva la malade fit connaître que l'eau était parvenue dans l'estomac. J'injectai tout de suite une assez grande quantité de bon bouillon ; après quoi la sonde d'argent, dont la présence dans la bouche était très incommode, et qu'il était très difficile de fixer, fut retirée. Il était impossible de songer à répéter plusieurs fois le jour son introduction dans l'œsophage rétréci : je pensai qu'il fallait porter par la bouche, dans l'œsophage, une sonde de gomme élastique garnie de son stylet, et après avoir retiré celui-ci, ramener l'extrémité de la sonde dans les fosses nasales.

» Voici comment je parvins à exécuter ce projet : La malade étant assise sur une chaise, la tête inclinée en arrière, je portai dans la narine gauche la sonde de Bellocq ; le ressort étant parvenu dans la bouche, un fil ciré, en plusieurs doubles, fut attaché sur le bouton qui le termine. Le ressort fut ramené dans la sonde : celle-ci, retirée de la fosse nasale, entraîna le fil au dehors. Les deux bouts de ce fil, l'un sortant par la bouche et l'autre par la narine, furent retenus sur la joue par un aide. J'abaissai alors la base de la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, et je portai dans le pharynx une sonde de gomme élastique de grosseur moyenne, garnie de son stylet, et percée sur le côté à l'extrémité qui devait se trouver en haut. Cette sonde, dirigée un peu à gauche et poussée avec force, franchit le rétrécissement de l'œsophage. Le stylet fut retiré. Le bout de fil qui sortait par la bouche fut engagé dans l'ouverture latérale de la sonde, et fixée à son extrémité supérieure. J'enfonçai la sonde dans l'œsophage, jusqu'à ce que son bout supérieur eût dépassé l'isthme du gosier : saisissant alors le fil qui pendait hors de la narine, je le tirai doucement, et avec lui l'extrémité de la sonde, qui fut placée de manière à dépasser de quelques lignes la narine ; elle fut assujettie au moyen d'un fil en plusieurs doubles avec lequel je fis des circulaires autour de la tête. A l'aide de cette sonde, on injecta dans l'estomac des aliments liquides, toutes les fois que la malade le désira.

» Pendant les cinq premiers jours, la sonde causa un peu d'irritation ; le sixième, la malade cracha une matière puriforme. Ce crachement augmenta les jours suivants, et, le dixième, la sonde commençant à vaciller, la déglutition naturelle d'une petite quantité de fluide put se faire. Le quatorzième, la malade ôta la sonde et

(1) *Loc. cit.*, p. 180.

avala facilement des liquides ; mais, six jours après, la déglutition était absolument impossible. J'introduisis alors une sonde plus grosse que la première : elle servit à porter des aliments dans l'estomac, mais elle fut sans effet pour la dilatation de l'œsophage. La malade, forcée de la porter continuellement pendant cinq mois, la sentit toujours également pressée. Cette constriction opiniâtre pouvant être le résultat d'une irritation nerveuse, on prescrivit des bains tièdes qui ne produisirent aucun effet. Privée d'aliments solides, et tourmentée presque continuellement par la faim, malgré la grande quantité de liquides nourrissants injectés dans l'estomac, la malade s'affaiblit par degrés, et mourut trois ans environ après le commencement de sa maladie. L'autopsie ne fut point faite. »

Lorsqu'on a été obligé d'introduire des sondes d'un très petit calibre, il faut les laisser à demeure, puis les examiner tous les jours, et les remplacer par un numéro supérieur dès qu'elles commencent à vaciller. M. Velpeau nous a fait connaître un moyen employé par M. Fletcher (1) : « Ce chirurgien, dit M. Velpeau, a fait usage d'un instrument de métal recourbé, et d'un si petit volume, qu'il n'a jamais trouvé, ni pendant la vie, ni sur le cadavre, de rétrécissement assez considérable pour ne pas lui livrer facilement passage. Lorsqu'il est fermé il représente une tige terminée à une extrémité par une boule d'acier. En faisant exécuter à la tige un mouvement de rotation, cette boule remonte au milieu d'elle, et, selon son degré d'élévation, augmente plus ou moins le diamètre du dilatateur.

« C'est encore à l'expérience, ajoute M. Velpeau, qu'il est réservé de nous éclairer sur la valeur de ce dilatateur, qui a cela de désavantageux, que, dans les rétrécissements circulaires, il ne pourrait agir que sur trois points de la circonférence. »

Le docteur Arnott, également cité par M. Velpeau, a proposé un moyen de dilatation qui lui a réussi dans les rétrécissements du rectum, mais qui n'a jamais été mis en usage pour le conduit œsophagien. Ce moyen, dit M. Velpeau, consiste en un tube fait d'un tissu de soie, fort, serré, élastique, et imperméable à l'air et à l'eau. On l'introduit vide à travers le rétrécissement, on le remplit ensuite à un degré convenable pour la compression qu'on veut exercer, et on le vide pour le retirer.

Il est assez difficile de se prononcer sur la valeur de ces divers moyens de dilatation. Disons cependant que les cas les plus nombreux de succès parmi ceux qui ont été signalés par M. Mondière, auxquels il faut joindre le fait cité par le docteur Earle (2), ont été obtenus à l'aide de la dilatation par les sondes ordinaires.

Dans ces derniers temps, M. Bretonneau, et surtout M. Gendron (3), ont mis en usage un cathétérisme particulier. Voici comment M. Trousseau l'a employé ; on verra, par les détails suivants, comment il faut procéder.

Dilatation par l'éponge. « M. Trousseau (4) se servit d'une baleine de parapluie, taillée et préparée pour cet usage. A cet effet, on prend une baleine assez forte pour ne pas plier, afin qu'elle puisse vaincre la résistance du rétrécissement ; on arrondit ses extrémités, en laissant un ventre au milieu ; on les chauffe à la

(1) *Méd.-chir., notes and illust.* London, 1831.
(2) *The Lancet*, novembre 1825.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. XIV, p. 448.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juillet 1848 ; extrait de la *Gaz. des hôp.*, 15 janvier 1848.

flamme d'une bougie : elles se ramollissent, et, en les appuyant contre un corps dur, on forme deux petites têtes de clou ; cela fait, on choisit une éponge fine, et surtout bien sèche, que l'on taille avec des ciseaux ; on pratique un trou dans cette éponge ; on enduit l'extrémité de la baleine de bonne cire à cacheter, et on l'enfonce dans le trou que l'on a fait à l'éponge, jusqu'à 1 centimètre de sa surface. L'instrument est terminé, l'éponge est sûrement fixée, lorsque la cire est sèche ; et, par précaution, on peut la fixer encore par un bout de fil à l'extrémité de la baleine. Cet instrument est bien préférable à la sonde œsophagienne : celle-ci ne varie pas dans son calibre ; elle est flexible et a un volume énorme. Quant à la manière de se servir de la baleine préparée, voici comment on procède : On met d'abord une petite éponge qui, étant pressée, diminue jusqu'au double de l'extrémité de la baleine ; on la mouille dans la glaire d'œuf, mucus normal de l'oviducte de la poule et des muqueuses de l'homme, et, abaissant la langue avec l'indicateur gauche, on la pousse, derrière ce doigt, dans l'œsophage. Les rétrécissements de l'œsophage sont toujours voisins de la bouche, de sorte que, sur dix rétrécissements, neuf sont à environ un pouce au-dessous du larynx. Vous enfoncez lentement la baleine ; il ne faut pas enfoncer brusquement, de crainte de déchirer les parties, bien qu'il soit difficile de faire fausse route. Arrivé sur le rétrécissement, vous tâtez la résistance ; cela fait, vous vissez l'éponge dans le rétrécissement. A mesure que vous tournez, l'éponge s'engage, et vous vous trouvez tout à coup dans un espace vide. Une fois que le rétrécissement est franchi, vous êtes frappé de la difficulté que vous éprouvez à retirer l'éponge, difficulté qui tient à ce que l'on trouve le rétrécissement, si l'on revient en arrière, et à ce que l'œsophage se contracte convulsivement. Il faut, pour retirer l'instrument, visser en sens contraire. L'opération dure de trente à trente-cinq secondes. On attend le lendemain pour y revenir. On pratique ainsi le cathétérisme pendant treize jours. On ne fait pas autre chose, et, avec cette médication si simple, on voit des rétrécissements de l'œsophage se modifier si vite, que, au bout de quinze jours, les personnes commencent à manger du poisson, des viandes blanches ; en un mot, des choses bien mâchées, il est vrai, mais formant encore un certain volume. On fait l'opération d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, deux fois par semaine, enfin tous les quinze jours. Chez la femme que M. Trousseau a soignée, il y a trois ans, la sonde était introduite tous les quinze jours. C'est d'ailleurs une opération si simple, qu'on peut habituer les parents à la pratiquer. Il a depuis lors traité, à l'hôpital Necker, une jeune fille qui a guéri ; puis une dame d'Orléans, qui, arrivée au dernier degré du marasme, parce qu'on considérait son rétrécissement comme organique, a rapidement guéri, et est redevenue grasse et bien portante. MM. Gendron et Bretonneau ont chacun sept à huit faits de guérison ; seulement M. Gendron a imaginé de *cautériser en enduisant l'éponge de nitrate d'argent*, entouré d'une couche de gomme qui se ramollit dans le rétrécissement, ou simplement avec un mélange de beurre et d'alun. M. Trousseau n'en est pas encore arrivé là ; mais il en conçoit la possibilité. »

Dans quelques cas, le cathétérisme de l'œsophage, tel qu'il vient d'être décrit, a de véritables inconvénients, que le praticien doit connaître. C'est ainsi que, chez une femme de cinquante ans (1), qui jouissait d'une bonne santé générale, et dont

(1) *Bull. gén. de thér.*, décembre 1846.

la dysphagie n'était pas extrême, l'introduction de l'éponge fut bientôt suivie de la sécrétion d'une sanie fétide, de l'augmentation de la dysphagie, puis du dépérissement et de la mort.

J'ai, jusqu'à présent, indiqué les bons effets de la dilatation. Faisons maintenant connaître les précautions à prendre pour éviter certains accidents, et indiquons ces accidents eux-mêmes. M. Velpeau, dans son article, a eu soin d'insister sur ce point important :

« Dans quelques cas, dit-il, l'irritabilité et l'inflammation de l'œsophage sont tellement grandes, que la présence des sondes ne peut être supportée sans qu'auparavant on ait diminué ces symptômes par les *sangsues* et les *narcotiques ;* quelquefois même on est obligé de renoncer entièrement à ce moyen, soit par suite de l'irritation qui se développe, soit par suite des vomissements qui surviennent.

» Quant aux accidents qui peuvent résulter de l'introduction des bougies, outre l'irritation plus ou moins vive que leur présence peut déterminer, on doit aussi se tenir en garde contre l'introduction dans les voies aériennes. Souvent on n'est averti de cette méprise que lorsqu'on vient à injecter un liquide qu'on veut faire pénétrer dans l'estomac : ainsi, chez un malade dont parle M. Larrey (1), la présence de la sonde dans le larynx ne l'incommodait pas plus que si elle eût été introduite dans l'œsophage, et l'on n'était averti de la méprise que parce qu'à la chute des premières gouttes de liquide, le malade repoussait la main du chirurgien, et était saisi le plus souvent d'une toux suffocante. On a proposé, pour voir dans quel conduit la sonde est engagée, de placer devant son ouverture une bougie enflammée ; mais ce moyen n'est point infaillible, car M. Worbe (2) a vu la flamme d'une bougie être agitée, quoique la sonde eût pénétré dans l'œsophage. Ce médecin pense que le signe à l'aide duquel on peut le plus souvent reconnaître cette méprise, c'est l'impossibilité d'introduire la sonde aussi profondément quand elle a pénétré dans la trachée-artère que quand elle est dans l'œsophage. Du reste, il sera bon de n'injecter d'abord que quelques gouttes de liquide ; c'est le moyen d'éviter que la méprise soit fatale au malade.

» Un des inconvénients les plus redoutables de la présence des sondes dans l'œsophage, et sur lequel j'ai insisté ailleurs (3), consiste en ce que, soit par son bec, soit par la convexité qu'on l'a forcée de prendre, la sonde exerce nécessairement une pression plus grande sur quelques points de la paroi postérieure du tube œsophagien, pression qui peut à la longue déterminer une ulcération. »

2° *Cautérisation.* L'emploi de la cautérisation dans les rétrécissements de l'œsophage a soulevé de nombreuses discussions. Il n'est pas douteux que le défaut de distinction entre les faits de diverse nature sur lesquels on a expérimenté n'aient beaucoup contribué à rendre difficile la solution des questions qui se rattachent à ce point important de thérapeutique. C'est principalement par des raisonnements que l'on a combattu l'emploi du moyen dont il s'agit ; mais M. Mondière a cité un nombre assez considérable de faits dont les principaux ont été empruntés à Everard Home et au docteur Andrew, et qui prouvent jusqu'à l'évidence que, dans quelques cas, ce moyen peut avoir un plein succès. Sans doute on conçoit que, dans certaines

(1) *Mém. de chir. milit.*, t. II, p. 147.
(2) *Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. I, p. 221.
(3) *Traité de méd. opératoire.* Paris, 1839, t. III, p. 688.

circonstances, le caustique puisse avoir des inconvénients; mais c'est au médecin à ne pas employer cette méthode, lorsque les signes évidents d'une ulcération cancéreuse, par exemple, contre-indiquent son application, et s'il est vrai qu'on est exposé à pratiquer la cautérisation lorsqu'une tumeur de l'œsophage cause seule l'obstacle à la déglutition, c'est à l'observation attentive à poser le diagnostic précis en pareil cas.

Ce serait trop sortir de mon sujet que d'exposer ici en détail la manière dont doit être pratiquée la cautérisation. Je me bornerai à dire que la cautérisation par les *caustiques liquides*, que Palletta a pratiquée à l'aide d'une tige de baleine terminée par une éponge, doit être rejetée, car on ne saurait en limiter l'action : c'est à l'aide du nitrate d'argent qu'elle doit être pratiquée.

Everard Home, et les médecins anglais qui, après lui, ont mis ce moyen en usage, se servaient d'une *bougie enduite de cire et armée à son extrémité d'un morceau de nitrate d'argent*. Les perfectionnements apportés aux instruments destinés à pratiquer la cautérisation des rétrécissements de l'urètre ne doivent pas être perdus pour la cautérisation des rétrécissements de l'œsophage. Ainsi le *porte-empreinte* de Ducamp, pour reconnaître la position et la forme du rétrécissement, les *porte-caustique* de MM. Lallemand et Amussat, seront mis en usage, d'autant plus aisément que l'arcade dentaire présente, ainsi que l'a fait remarquer M. Mondière, un point fixe qui permet de reconnaître la profondeur à laquelle on a pénétré dans le conduit alimentaire. Je renvoie, pour la description de ces instruments et la manière de les employer, aux auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies de l'urètre.

J'ajoute seulement ici qu'il faut être prévenu qu'après la cautérisation, les accidents peuvent augmenter momentanément, et que les *antiphlogistiques*, les *adoucissants*, les *liquides huileux* et *mucilagineux*, les *bains*, doivent être employés pour calmer cette irritation passagère.

La cautérisation doit être renouvelée d'abord tous les trois ou quatre jours, puis à des intervalles plus éloignés; néanmoins ce précepte n'a rien de rigoureux, et c'est au médecin à juger, d'après le cas, si ce moyen doit être répété à des intervalles rapprochés ou éloignés.

3° *Incision; scarification.* Les scarifications de l'œsophage sont plus dangereuses que celles du canal de l'urètre. On comprend en effet que, si elles portent sur un point où le conduit a une épaisseur peu considérable, elles puissent dépasser les limites et occasionner une ouverture par laquelle les aliments, tombant dans une cavité voisine, donnent lieu à des accidents mortels. Dans les cas où le porte-empreinte aurait fait reconnaître une bride épaisse, on pourrait néanmoins mettre en usage ce moyen, en se servant d'un instrument semblable à l'*urétrotome* de M. Amussat; mais il est inutile d'insister sur cette opération, dont la valeur ne nous est point prouvée par l'expérience.

4° *Œsophagotomie; gastrotomie.* Enfin, dans les cas désespérés, s'il est constaté que l'obstacle au passage des aliments a son siége au-dessus de la cavité pectorale, on peut tenter comme dernière ressource l'*ouverture de l'œsophage*, et lorsque, au contraire, le rétrécissement est situé trop bas, on peut recourir à la *gastrotomie*. La première opération fut pratiquée par Taranget, dans un cas que tout le monde a cité. Les aliments étaient retenus à la partie inférieure du cou; l'ouverture de

l'œsophage fut pratiquée un peu plus bas, et, à l'aide d'une espèce d'entonnoir, on fit arriver par là les aliments dans l'estomac; la malade vécut ainsi pendant seize mois.

L'opération de la *gastrotomie*, qui consiste à établir à l'épigastre une ouverture stomacale permanente, par laquelle on introduit les substances alimentaires dans l'estomac, a été tentée par M. Sédillot (1). Ce chirurgien pratiqua cette opération (2) chez un homme de cinquante-deux ans, qui ne pouvait plus avaler même les liquides, et chez lequel le cathétérisme de l'œsophage n'avait pas réussi. La mort est malheureusement survenue au bout de vingt et une heures. Cependant, de ce fait, M. Sédillot a tiré les conséquences suivantes : 1° maintenir l'estomac à la plaie extérieure de l'abdomen, de manière à fermer complétement cette dernière, et à provoquer immédiatement des adhérences entre les deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine (pour cela, combinez, avec l'action de la canule, quelques points de suture destinés à unir les deux plaies); 2° s'abstenir, pendant le premier jour, de faire aucune injection de liquide dans l'estomac, et n'y introduire qu'un peu d'eau le deuxième jour, pour établir lentement et graduellement les fonctions de ce viscère.

Traitement du rétrécissement causé par des tumeurs voisines de l'œsophage. Ce traitement, comme le précédent, est, ainsi que le fait remarquer Boyer, le plus souvent inefficace. Cependant on a cité quelques exemples de guérison dans des cas où l'on pouvait supposer que l'obstacle était dû à une altération de ce genre. Boyer rapporte deux observations empruntées à Mennès et à Haller, dans lesquelles l'administration du *mercure* fit disparaître une dysphagie telle, que tous les aliments, et même les liquides, étaient rejetés. Mennès s'était assuré, par l'introduction d'une tige de baleine dans l'œsophage, qu'il existait un obstacle organique. Chez un des deux malades, le mercure fut administré en *frictions, de manière à produire la salivation*, et, chez l'autre, Haller prescrivit des *pilules de mercure doux, d'aloès et de camphre.* Le succès fut complet dans ces deux cas, auxquels il faut en joindre un troisième du même genre, également observé par Haller.

Il était bon de faire connaître ce traitement, qui peut être mis en usage sans danger, et avoir dans quelques cas des résultats heureux. On peut employer les *diverses préparations mercurielles*, ou bien l'*iodure de potassium* de la manière qui a été plusieurs fois indiquée.

ARTICLE XII.

ŒSOPHAGISME, OU SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

On a beaucoup écrit sur cette maladie, qui est depuis longtemps connue; mais on ne saurait, ainsi que le veut J. Frank (3) faire remonter son histoire jusqu'à Hippocrate; car, dans le passage cité par Frank, il est question du *tétanos*, dans lequel les convulsions du pharynx sont un symptôme particulier qui ne peut nous occuper ici.

Parmi les auteurs qui ont étudié cette affection, il faut citer principalement

(1) Voy. *Gaz. méd. de Paris*, décembre 1846 et janvier 1847.
(2) Voy. *Séances de l'Acad. des sciences*, novembre 1849.
(3) *Prax. med.*, pars III, vol. I, sect. II.

F. Hoffmann, qui lui a consacré un long chapitre (1). Dans ces derniers temps, M. Mondière a réuni un grand nombre de faits dans le but de tracer la description de cette affection spasmodique. Malgré ces recherches, et les efforts faits par ce dernier auteur pour arriver à une connaissance exacte de l'*œsophagisme*, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il règne une très grande confusion dans son histoire. En effet, on a rangé parmi les cas d'œsophagisme des exemples d'inflammation véritable, dans lesquels le spasme de l'œsophage n'était qu'un phénomène accessoire; on a rapporté à cette affection le résultat d'altérations produites par des substances âcres et caustiques; et enfin on a décrit sous son nom l'état spasmodique du pharynx et de l'œsophage qui survient dans la rage. Il n'est pas jusqu'aux ulcérations de la partie supérieure du larynx qui n'aient été regardées comme produisant l'œsophagisme, parce que les aliments et les boissons sont, en pareil cas, rejetés au moment de leur ingestion. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien cette manière de voir est vicieuse.

Toutefois, si l'on voulait n'admettre comme véritable spasme de l'œsophage que les cas dans lesquels l'affection, de nature purement nerveuse, est toute locale, ou, en d'autres termes, les cas d'*œsophagisme idiopathique*, on ne pourrait en rassembler qu'un très petit nombre. Dans la plupart, en effet, on a rencontré, soit dans l'œsophage, soit dans les organes environnants, des lésions qui ont expliqué la production du spasme; et dans les autres il existait presque constamment une affection nerveuse générale, une névrose dont l'œsophagisme n'était qu'un symptôme. J'ai dit plusieurs fois, dans le cours de cet ouvrage, que je croyais devoir renvoyer à l'histoire des diverses maladies principales les accidents qui en sont un simple symptôme. Il semble donc que je devrais ici me borner aux quelques faits où le spasme de l'œsophage a existé seul et a constitué toute la maladie; mais, comme dans l'hystérie et l'hypochondrie, l'œsophagisme peut, à certaines époques, se montrer indépendamment de tous les autres symptômes, et qu'il exige des moyens particuliers de traitement, je ne saurais exclure de cet article cette espèce, dont la connaissance est importante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

F. Hoffmann a défini ainsi le spasme du pharynx et de l'œsophage : une constriction ou une distension rigide, soit du pharynx, soit du conduit alimentaire, *provenant le plus souvent d'un mucus irritant*. Cette définition, qui admet l'existence non prouvée d'une cause particulière, a été ainsi modifiée par M. Mondière : « L'œsophagisme consiste dans une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien, et pouvant ou produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps, soit solides, soit liquides. » Quant à moi, d'après ce que j'ai dit plus haut, je crois qu'on doit réserver le nom d'*œsophagisme* à la *constriction convulsive de l'œsophage*, qui ne trouve son explication dans aucune lésion organique de cet organe ou des organes voisins.

On a donné à cette affection les noms de *constriction du pharynx et de l'œsophage; ténesme de l'œsophage; dysphagie nerveuse.*

Quant à sa *fréquence*, nous voyons qu'on doit nécessairement la trouver très

(1) *Opera omnia*, Genevæ, 1761, t. III. *De morb. œsoph. spasmod.*

différente, suivant le point de vue où l'on se place. Pour nous, elle n'est pas très grande; tous les praticiens savent, en effet, qu'il est assez rare de rencontrer la convulsion idiopathique de l'œsophage, et que ce phénomène ne se montre chez les hystériques et les hypochondriaques que dans la minorité des cas.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On n'a pas fait de recherches qui permettent de dire d'une manière très positive *quelle est l'époque de la vie* à laquelle se montre le plus souvent l'œsophagisme. Cependant on peut avancer, d'une manière générale, qu'il ne se produit guère qu'après l'enfance, quoique Everard Home et le docteur Stevenson aient cité des cas où il existait depuis les premières années de la vie.

Si, comme nous l'avons dit plus haut, l'*hystérie* est une des causes les plus fréquentes de cette affection, il en résulte qu'elle se montre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Dans les cas d'œsophagisme observés chez les hystériques, il se passe évidemment quelque chose de semblable à ces troubles du larynx produisant l'*aphonie*, qui ont été signalés dans le premier volume de cet ouvrage (1). Les *hypochondriaques* en sont moins fréquemment affectés; du moins n'a-t-on signalé qu'un très petit nombre de cas de ce genre.

Le docteur Stevenson, cité par M. Mondière, a rapporté un cas dans lequel l'œsophagisme a paru *héréditaire*. Tels sont les renseignements bien insuffisants que nous avons sur les causes prédisposantes de cette affection.

2° Causes occasionnelles.

Je mets d'abord de côté l'*inflammation* de l'œsophage, dans laquelle le spasme n'est qu'un simple effet de la maladie principale. Je crois également qu'il n'est pas permis de considérer comme une cause de simple spasme l'*ingestion des substances âcres* signalée déjà par Forestus, par Plater, par F. Hoffmann, et qui a été admise par M. Mondière ; ces substances déterminent en effet l'inflammation du conduit alimentaire.

Ces deux ordres de causes éloignés, il n'en reste guère qu'un nombre assez limité ; parmi celles-ci, nous trouvons d'abord les *affections morales*, et principalement les *passions violentes*. Ce genre de causes agit surtout chez les personnes d'un tempérament nerveux, chez les hystériques et les hypochondriaques, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sont particulièrement prédisposés à l'œsophagisme. L'*imagination* seule peut produire le même effet. Boyer (2) en a cité un exemple remarquable. Le sujet de cette observation est une femme hystérique qui, après avoir ressenti quelques picotements dans un mouvement de déglutition, ne pouvait plus avaler d'aliments solides sans craindre la suffocation. Zimmermann (3) a rapporté un cas plus remarquable encore; car le sujet ayant, en avalant une cuillerée de bouillon, senti une petite quantité de ce liquide tomber dans le larynx, ne put plus, depuis ce moment, en avaler une seule goutte, malgré les plus grands efforts.

(1) Voy. art. APHONIE.
(2) *Loc. cit.*, t. VII.
(3) *Act. helvetic.*, t. II, p. 97.

Tout le monde connaît les cas dans lesquels le spasme du pharynx et de l'œsophage s'est produit au plus haut degré et a rendu la déglutition impossible, après une *morsure faite par un chien qu'on croyait enragé et qui ne l'était pas.* L'imagination avait encore la plus grande part dans la production de ce phénomène.

A l'occasion des *maladies de l'estomac et de l'utérus*, j'indiquerai le spasme de l'œsophage, *symptomatique* de ces affections.

On a encore cité comme causes de l'œsophagisme la *suppression des diverses éruptions*, de la *sueur des pieds*, des divers *écoulements sanguins;* les *affections vermineuses*, etc.; mais leur existence n'est pas suffisamment démontrée. Je ne parle point de l'œsophagisme survenant dans les *affections rhumatismales*, parce que plus tard il s'agira de rechercher si la dysphagie n'est point, en ce cas, le résultat d'un véritable rhumatisme du conduit musculeux.

Reste enfin une cause sur laquelle les auteurs ne sont pas d'accord, c'est la *luxation des appendices cartilagineux de l'os hyoïde*, signalée par Valsalva, ce qui a engagé Sauvages à donner à cette dysphagie le nom de *dysphagie valsalvienne;* ou bien, d'après le docteur Mugna (1), la *diastase* de ces prolongements cartilagineux. Cet auteur a cité à l'appui de son opinion un fait sur lequel Ollivier, d'Angers (2), a publié une note intéressante. Cette luxation ou cette diastase serait, suivant les auteurs que je viens de citer, produite par la *déglutition d'un corps dur et volumineux;* mais avant de chercher à donner l'explication des faits de ce genre, il faut se demander si la luxation ou la diastase existe réellement. Or le fait n'a pas été démontré d'une manière directe, et M. Mondière ne l'admet pas.

C'est d'après le résultat heureux des manœuvres faites dans le but de replacer dans leur position normale les parties cartilagineuses chez le sujet dont il nous a donné l'histoire, que M. Mugna a jugé qu'il y avait changement de direction de l'os hyoïde ; et comme il n'a pas pu concevoir la luxation des appendices de cet os, il a admis la diastase. Mais, d'une part, Ollivier ne reconnaît pas que les raisons données en faveur de la diastase soient meilleures que celles qui ont fait regarder l'accident comme une luxation, et de l'autre, M. Mondière fait remarquer que des manœuvres semblables à celles qui ont été exécutées ont guéri de véritables spasmes. La question est donc loin d'être résolue. J'y reviendrai à l'article du traitement.

§ III. — Symptômes.

Parmi les caractères de l'œsophagisme signalés par les auteurs, un des principaux est son *apparition brusque*, souvent au milieu du repas, dans un mouvement de déglutition, et dans un état de santé parfaite. M. Mondière cite à ce sujet une observation rapportée par Monro, et dans laquelle il s'agit « d'un individu déjà âgé, qui, deux fois dans sa vie, fut pris *tout à coup*, au milieu de son dîner, d'un spasme de l'œsophage qui empêcha la déglutition. La première attaque dura quelques heures seulement, et fut dissipée par un lavement anodin ; la seconde dura quatre jours. »

Une fois le spasme de l'œsophage développé, les symptômes varient (ainsi qu'Hoffmann l'avait remarqué, et que M. Mondière l'a noté plus récemment) suivant le point affecté : si le spasme a son siége à la partie supérieure de l'œsophage,

(1) *Annal. univ. di med.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. XIX, p. 232.

et à plus forte raison dans le pharynx, *les aliments sont rejetés avec force aussitôt qu'introduits.* Dans le cas où la constriction spasmodique occupe la partie inférieure, les aliments s'arrêtent dans ce point, ou bien sont rejetés par un mouvement antipéristaltique, suivant l'expression d'Hoffmann.

Ordinairement il existe une certaine *douleur* pendant cette régurgitation : cependant on l'a vue avoir lieu sans aucune espèce de douleur ; M. Mondière en cite un exemple d'après M. Latourette. On doit, à ce sujet, faire une réflexion : nous avons vu qu'on n'avait pas distingué le spasme résultant d'une œsophagite du spasme purement nerveux ; l'absence de la douleur n'indiquerait-elle pas l'existence de ce dernier ? c'est un point qu'il serait bien important d'étudier.

A propos de cette *régurgitation*, on ne peut s'empêcher de rapporter le fait recueilli par Courant (1) et indiqué par M. Mondière, dans lequel le bol alimentaire restait pendant un certain temps enfermé dans l'œsophage, était ramené successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, et était enfin tout à coup ou rejeté avec violence au dehors, ou précipité dans l'estomac. Dans un cas cité par Hoffmann, le dernier bol alimentaire était seul retenu dans l'œsophage, et ne pouvait être précipité que par l'ingestion de beaucoup de liquide. Ce phénomène de régurgitation peut être prévenu par certaines précautions de la part des malades : elles consistent, ainsi que l'a remarqué Courant, qui a observé un fait de ce genre, à mâcher longtemps et lentement les aliments, et à saisir l'instant favorable, de manière à tromper, pour ainsi dire, le spasme (2).

On a également indiqué des symptômes qui semblent appartenir aux voies respiratoires plutôt qu'aux voies digestives. Ainsi on a vu des *spasmes violents de la gorge* survenir pendant la déglutition des liquides, la *face* devenir *livide*, la tête se renverser en arrière, un bruit de *gargouillement* se produire dans l'arrière-gorge, de violentes *angoisses* se manifester, et même la *perte de connaissance* avoir lieu. On peut expliquer de deux manières la production de ces symptômes : dans les cas où ils surviennent après l'ingestion des liquides, le spasme de l'œsophage n'aurait-il pas déterminé l'introduction d'une petite quantité de boissons dans le larynx ? et dans le cas où ils suivent l'ingestion des aliments solides, ne faut-il pas les rapporter à la compression de la trachée par le bol alimentaire ? Les faits méritent d'être étudiés sous ces divers points de vue.

Tels sont les *symptômes* qui se manifestent *pendant la déglutition*. Examinons maintenant, en suivant M. Mondière qui a étudié cette maladie avec le plus de soin, ceux qui existent *dans les intervalles*.

Un sentiment de *gêne*, de *constriction ;* la *sensation d'un corps étranger*, d'une *boule*, d'un *œuf de pigeon*, comme l'a observé Hoffmann, existent ordinairement dans un point de l'œsophage qui est très variable. Ces sensations sont plus ou moins incommodes aux différents moments de la journée, et sans qu'on puisse en trouver une cause satisfaisante.

Le *hoquet* a été surtout signalé par tous les auteurs, depuis Fr. Hoffmann. Malheureusement on n'a point étudié assez attentivement les faits pour savoir dans quelle proportion des cas, dans quelles circonstances et dans quelle espèce de spasme il se présente. C'est encore à l'observation à nous éclairer sur ces points.

(1) *De nonnullis morb. convuls. œsoph.* Montpellier, 1778.

(2) Voy. Mondière, *loc. cit.*

On a vu le spasme envahir les organes de la respiration, même en dehors de l'acte de la déglutition. La *voix* est alors parfois éteinte, la *respiration* est saccadée, et quelquefois la *suffocation* imminente. Suivant Fr. Hoffmann, ces signes appartiennent en propre au *spasme du pharynx*.

Dans certains cas, tous ces symptômes sont portés à un si haut degré d'intensité, et, d'un autre côté, l'imagination des malades est tellement frappée, qu'il existe une véritable *hydrophobie*. A ce sujet, M. Mondière rapporte un fait très remarquable qu'il a emprunté au docteur Barbantini (1) : il s'agit d'un jeune homme qui fut légèrement mordu par un chien. Celui-ci s'étant égaré et n'ayant pas reparu, son maître s'imagina qu'il était enragé, et son imagination fut frappée au point que le lendemain il présenta tous les symptômes de l'hydrophobie. La déglutition était devenue impossible ; il y avait même eu quelques accès de fureur, lorsque le neuvième jour après l'accident, le chien reparut. Son maître, ayant reconnu qu'il n'était point affecté de la rage, fut immédiatement guéri.

Enfin nous devons, avec M. Mondière, signaler quelques particularités qui se présentent dans cette affection, comme dans toutes les maladies nerveuses : « Tantôt, dit cet auteur (2), les *boissons chaudes* passent plus facilement que les froides, tantôt *le contraire a lieu*. Le plus ordinairement les *liquides seuls* peuvent être avalés ; mais quelquefois ce sont les *substances solides seulement*. Elselenius (3) a vu un homme qui avalait sans difficulté les aliments tant liquides que solides, quand ils étaient *chauds*, et qui, aussitôt qu'il essayait d'avaler quelque chose, seulement à la température de l'atmosphère, sentait une espèce de raclement dans le gosier. L'orifice de l'estomac se resserrait, et l'aliment restait dans l'œsophage jusqu'à ce que le malade eût bu un *liquide chaud*. Alors l'orifice cardiaque se dilatait, et le bol alimentaire pénétrait dans l'estomac. Th. Percival, Bleuland, rapportent des cas semblables. Le contraire s'observe aussi, et nous verrons même, à l'article du traitement, que la *glace* a dissipé quelquefois la maladie. Courant a vu les *aliments solides* parcourir aisément tout l'œsophage, et les liquides ne pouvoir être avalés ou ne parvenir dans l'estomac que goutte à goutte. Ch. Dumas (4) a donné des soins à une malade chez laquelle la déglutition des solides se faisait aussi plus facilement et avec moins de douleur que celle des liquides. » On voit que ces phénomènes particuliers varient beaucoup suivant les cas.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie n'a rien de régulier, comme il arrive ordinairement dans les maladies nerveuses. Dans un fait cité par le docteur Desgranges, l'affection se montra sous forme intermittente, et fut arrêtée par le quinquina ; les cas de ce genre sont rares.

Suivant M. Mondière, le spasme de l'œsophage n'a point de *durée* fixe ; il peut n'exister que vingt-quatre heures, ou se prolonger sans rémission pendant des jours entiers. Ainsi, dans un cas cité par Bleuland, d'après Osterdyck, il n'y eut pas le moindre relâche pendant douze jours. On a parlé d'œsophagisme de longue durée :

(1) *Giorn. di phys., chim.*, t. X.
(2) *Loc. cit.*, p. 481.
(3) *Med. und chir. Beauserk.* Francfort, 1789.
(4) *Consultations et observ. de médecine.* Paris, 1824, in-8.

mais, ainsi que le fait remarquer M. Mondière, dans les cas de ce genre, la maladie ne se produit qu'à des intervalles variables. Je viens, cependant, de voir un cas dans lequel cette affection existe constamment, à un degré plus ou moins haut, depuis près de deux ans.

On ne connaît guère d'exemple de spasme de l'œsophage *terminé* par la mort, à moins qu'il ne s'agisse de ces cas où il est survenu une véritable hydrophobie.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a eu bien rarement occasion d'examiner l'œsophage des sujets affectés de cette maladie. Aussi n'avons-nous presque rien à dire des altérations anatomiques. M. Mondière cite, d'après Howship, un cas dans lequel l'œsophage était contracté à un très haut degré, dans un point limité, sans altération de tissu. Baillie, qui a trouvé la même contraction, dit avoir constaté que l'œsophage était, dans ce point, plus dur qu'à l'état naturel. N'y avait-il pas, dans les cas de ce genre, autre chose qu'un simple spasme ? Enfin, chez les sujets qui ont succombé à l'hydrophobie non rabique, on n'a rien vu de particulier dans l'œsophage.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* du spasme de l'œsophage ne présente pas ordinairement de difficulté sérieuse ; une gêne dans la déglutition survenue tout à coup au milieu de l'état de parfaite santé, et pendant un repas, sans qu'auparavant il y ait eu la moindre difficulté dans la déglutition, annonce évidemment que l'affection est uniquement due au spasme nerveux.

Il resterait maintenant à rechercher comment on peut distinguer ce spasme purement nerveux de celui qui accompagne l'*inflammation spontanée ;* mais, ainsi que nous l'avons vu, c'est ce qui ne peut être fait avec les observations que nous ont laissées les auteurs. Quant au spasme produit par l'*ingestion de substances âcres, irritantes*, la connaissance de la cause est suffisante pour le diagnostic.

J'ai indiqué plus haut le diagnostic différentiel du spasme de l'œsophage et du rétrécissement organique (voy. article *Cancer de l'œsophage*) ; je ne crois pas devoir le reproduire ici.

Reste donc la distinction à établir entre l'œsophagisme et la *paralysie de l'œsophage ;* mais je crois devoir la renvoyer à l'article suivant, qui traitera de cette dernière maladie (1).

Pronostic. D'après ce que nous avons dit plus haut, le *pronostic* n'est pas grave. Dans le cours de l'hystérie, et chez les hypochondriaques, ce symptôme se dissipe ordinairement de lui-même. On n'a guère à redouter les suites du spasme de l'œsophage que dans les cas où il se produit une véritable hydrophobie, et où l'imagination des malades est fortement frappée.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du spasme de l'œsophage est très varié. Chaque auteur a employé

(1) On comprendra facilement pourquoi j'insiste moins sur les diagnostics différentiels des affections de l'œsophage que sur ceux des maladies décrites jusqu'à présent. Dans l'état actuel de la science, vouloir apporter plus de précision dans la solution de ces questions, ce serait s'exposer à avancer des assertions qu'il faudrait ensuite rectifier. Faisons des vœux pour que l'observation nous permette bientôt de sortir de ce vague.

des moyens particuliers, et l'on n'a pas entrepris une série de recherches sur la valeur de chacun d'eux. Il faut donc se borner à indiquer les principales médications, et celles surtout qui ont été suivies dans des cas bien déterminés.

Émissions sanguines. Fr. Hoffmann, d'après des idées toutes théoriques, recommande et a pratiqué dans quelques cas (1) la *saignée générale ;* mais comme ce moyen fut mis en usage avec beaucoup d'autres, on ne peut pas savoir quel a été son résultat réel. La saignée a été peu employée par les autres médecins, à moins que le spasme ne fût produit par l'inflammation de l'œsophage, ce qui n'est pas le cas dont il s'agit ici. Le même auteur a fait appliquer des *sangsues à l'anus*, dans plusieurs cas où il attribuait la production de l'œsophagisme à une suppression des hémorrhoïdes. Sa pratique a été quelquefois imitée. On voit que nous n'avons que des données fort incertaines sur ces moyens, auxquels, en général, la nature nerveuse de la maladie engage peu à avoir recours.

Antispasmodiques. On doit s'attendre, d'après la nature de l'affection, à trouver dans le traitement de l'œsophagisme une longue liste de médicaments antispasmodiques. C'est, en effet, ce qui a lieu. Fr. Hoffmann les a surtout prodigués et les a réunis en grand nombre. Ces moyens sont administrés à l'intérieur ou à l'extérieur, et leur effet est, suivant M. Mondière, bien différent suivant qu'on les prescrit de l'une ou de l'autre manière. C'est pourquoi il convient de les envisager sous ces deux points de vue.

Antispasmodiques à l'intérieur. Le *camphre* est, parmi ces médicaments, un de ceux qui ont été le plus souvent mis en usage. On l'administre dans un julep ; le suivant, par exemple :

℞ Camphre.... ...... 0,30 gram. | Eau de mélisse.......... 180 gram.
Miel de sureau........ 45 gram. |

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Ou bien en pilules, ainsi qu'il suit :

℞ Camphre................ 2 gram. | Sirop de sucre............. Q. s.
Nitre................... 5 gram. |

Faites 40 pilules. Dose : 2 ou 3 par jour.

Le *castoréum*, le *musc*, l'*assa fœtida* ont été également prescrits. La teinture suivante renferme deux de ces substances :

℞ Teinture de castoréum. . } āā 2 gram. | Esprit de corne de cerf. ..... 1 gram.
d'assa fœtida... } |

Mêlez. A prendre à la dose de 15 à 20 gouttes toutes les heures ou toutes les deux heures, dans une tasse d'*infusion de camomille.*

Le musc doit être donné à assez forte dose dans les cas dont il s'agit. Ainsi on prescrira :

℞ Musc............... 0,20 gram. | Sucre de lait........... 0,40 gram.

Mêlez. A prendre en une fois. Renouveler cette dose deux ou trois fois par jour.

On peut porter ces remèdes sur la partie inférieure du tube digestif, à l'aide de *lavements.* On y est même forcé assez souvent ; car la déglutition est impossible. J. Frank [illegible]lièrement la préparation suivante :

(1) [illegible]

℞ Infusion de camomille....	200 gram.	Jaune d'œuf..............	n° 1.
Assa fœtida............	2 gram.		

Pour un lavement.

Je ne crois pas devoir insister sur cette médication, parce que, comme l'a fait observer M. Mondière, il n'existe pas un seul cas où, seule, elle paraisse avoir eu un véritable succès. Je me bornerai à ajouter que Fr. Hoffmann avait une assez grande confiance dans le *succin*, et surtout dans sa *liqueur anodine*, et je donnerai une formule de ce médecin, dans laquelle on trouvera réunies plusieurs autres substances dont je n'ai point parlé.

Formule d'Hoffmann.

℞ Feuilles de sauge.......	ãã une poignée.	Fleurs de camomille.......	une poignée.
de véronique...		Semences de fenouil.......	ãã 8 gram.
Sommités de millefeuille.		d'anis étoilé.....	

Faites infuser dans suffisante quantité d'eau. A boire par tasses.

Antispasmodiques à l'extérieur. Fr. Hoffmann a encore insisté sur l'usage extérieur des antispasmodiques qu'il appliquait principalement sur la bouche et le pharynx. Ainsi il voulait qu'on mît une certaine quantité de *thériaque* sous la langue, qu'on fît parvenir lentement dans le pharynx et l'œsophage le *castoréum*, le *camphre*, le *safran*, quelques gouttes de *liqueur anodine*, de manière à agir sur le point affecté. N'est-il pas à craindre que les efforts de déglutition ne soient, en pareil cas, plus nuisibles qu'utiles.

Thomas Percival, cité par M. Mondière, réussit à faire disparaître un spasme de l'œsophage en faisant arriver dans ce conduit des vapeurs d'*assa fœtida* dissoute dans une infusion de plantes aromatiques. Pour mettre ce moyen en usage, on pourrait adopter la préparation suivante :

℞ Assa fœtida.............................. 10 gram.

Dissolvez dans :

Infusion bouillante de sauge et de romarin...... 300 gram.

Pour une fumigation, trois fois par jour.
Recommander au malade de faire quelques mouvements de déglutition pendant la fumigation.

Narcotiques. Les narcotiques comptent des succès plus évidents. Jourdan (1) cite un fait dans lequel le spasme de l'œsophage, qui était très violent, céda à l'administration de *quinze gouttes de teinture d'opium, toutes les quatre heures.* Il disparut après la sixième prise, de sorte que le sujet avait pris quatre-vingt-dix gouttes de teinture en vingt-quatre heures. Cette dose paraîtra énorme, et l'on comprend quels sont les accidents qui pourraient résulter de cette administration dans tous les cas.

La *jusquiame* et la *belladone* ont été également administrées ; mais comme rien ne prouve que ces substances aient une action plus avantageuse que l'opium, il serait inutile d'y avoir d'abord recours.

C'est *à l'extérieur* surtout que les *narcotiques* ont été appliqués. Chambon de

(1) *Dict. des sciences méd.*, t. X.

Montaut, cité par M. Mondière, rapporte qu'il guérit promptement un spasme de l'œsophage en couvrant le cou de *cataplasmes faits avec la jusquiame et la ciguë*. M. Suchet (1) fit faire dans un cas semblable des *frictions* sur les régions thoracique, trachéale, frontale et temporale, avec une mixtion où entraient l'*éther acétique* et l'*opium de Rousseau*. On pourrait employer, dans ce but, la préparation suivante :

℞ Infusion de jusquiame. ...	200 gram.	Laudanum de Rousseau. ..	30 gouttes.
Éther acétique..........	4 gram.		

Mais il n'est point de cas qui ne présente un succès plus frappant que celui qui a été cité par le docteur Omboni, et dans lequel on employa la *morphine par la méthode endermique*. Un petit vésicatoire ayant été placé à la partie antérieure et inférieure du cou, on appliqua sur la peau dénudée 0,025 *grammes de sulfate de morphine*, et quelques heures après cette application, la dysphagie, qui était très violente, cessa pour ne plus se reproduire. Le docteur Eug. Bodin (2) a rapporté un cas du même genre qui n'est pas moins remarquable. Chez un sujet qui fut pris *tout à coup* d'impossibilité d'avaler, et qui présentait à peine quelques traces d'irritation dans le pharynx, ce médecin, après avoir employé inutilement, pendant six jours, les sangsues, les cataplasmes émollients, les fumigations vers la gorge, les pédiluves sinapisés, eut recours à l'application de la morphine sur un vésicatoire placé à la partie antérieure du cou, et, *dès le lendemain*, la déglutition se rétablit en partie. Il est à désirer que cette pratique soit renouvelée.

Huile de cajeput; balsamiques. Jos. Frank recommande encore l'*application extérieure* de médicaments divers : ainsi, d'après Thunberg (3), il nous dit que des frictions faites sur le dos et le cou avec l'*huile de cajeput* sont utiles dans cette maladie ; et il recommande encore les *fumigations sèches et balsamiques*, dirigées vers la partie supérieure de la poitrine. Les substances dont on peut se servir pour pratiquer ces fumigations sont le *succin*, le *benjoin* et la *myrrhe*. Il est encore plus simple de recevoir la vapeur de ces substances sur un morceau de flanelle et d'en frictionner la partie inférieure du cou.

Préparations mercurielles. Les préparations mercurielles ont été employées par Ev. Home, Abernethy, M. Trucy (4), et, suivant ces auteurs, avec succès. C'est en *frictions* que l'on administre ordinairement ces préparations, et c'est l'*onguent mercuriel* qui sert à ces frictions. On a cherché, dans les cas où ces médicaments ont été mis en usage, à déterminer une *légère salivation*. Sans nier la possibilité de ces succès, je dois dire que le diagnostic aurait dû être établi, dans ces cas, d'une manière très précise. Nous avons vu, en effet, que les ulcères de l'œsophage déterminent la régurgitation spasmodique. Or il faudrait savoir si, en pareil cas, il n'existait pas des accidents consécutifs de syphilis.

Strychnine. Dans un cas de spasme de l'œsophage lié à un état hystérique, M. Mathieu (5), voyant que le malade ne pouvait avaler que des liquides, et avec beaucoup de peine, fit usage de la *strychnine* qu'il porta progressivement jusqu'à

(1) *Journ. compl. des sc. médicales*, t. XV.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 373.
(3) *Diss. de oleo caj.* Upsal, 1797.
(4) *Soc. de méd. de Marseille*, 1817.
(5) *Gaz. méd. de Lyon* et *Bull. gén. de thér.*, 15 août 1852.

la dose de 2 centigrammes. Après six semaines de ce traitement, tous les symptômes du côté de l'œsophage avaient disparu.

Électricité. On a aussi mis en usage l'électricité, et l'on cite plusieurs cas dans lesquels des *décharges électriques*, dirigées vers l'arrière-gorge, ont rétabli la déglutition devenue très difficile ou impossible. Si l'on voulait avoir recours à ce moyen, on pourrait employer l'*électro-magnétisme*, et se servir de l'instrument de Clarke ou de Breton.

Boissons froides; glace. Les auteurs ont encore cité des cas où la déglutition a été rétablie par l'administration de *boissons froides* (1), et de la *glace* tenue dans la bouche. Nous avons vu plus haut, dans l'exposition des symptômes, que quelquefois les malades n'éprouvaient de la difficulté dans la déglutition que quand ils voulaient avaler des boissons chaudes; c'est surtout chez eux qu'on doit, selon les probabilités, attendre d'heureux résultats de ces moyens; mais le contraire arrive quelquefois, et alors il est tout naturel de regarder la glace et les boissons froides comme contre-indiquées.

Cathétérisme de l'œsophage. On sait que dans les *rétrécissements spasmodiques de l'urètre*, on a obtenu souvent un prompt succès en introduisant une sonde, et en forçant l'obstacle dû à la simple contraction du canal; c'est ce qui a engagé à employer le même moyen dans le traitement du spasme de l'œsophage. Les cas de succès à l'aide du cathétérisme sont assez nombreux. M. Mondière cite les principaux qu'il a empruntés à Gerbezius (2), Ev. Home, Autenrieth, etc. Ces divers cas sont très concluants; car, immédiatement après le cathétérisme, la déglutition s'est reproduite, pour ne plus être empêchée. Ainsi, dans celui qui a été observé par Gerbezius, dès qu'un stylet, muni d'une éponge à son extrémité, eut franchi le point où existait la constriction, tout rentra dans l'ordre. Un fait cité par le docteur Stevenson n'est pas moins concluant; il présente de plus cette particularité, qu'il y avait deux obstacles spasmodiques, l'un à la partie supérieure de l'œsophage, l'autre à la partie inférieure.

On voit maintenant comment M. Mondière a expliqué la guérison rapide obtenue par l'introduction des doigts dans la gorge et le replacement des cartilages dans la prétendue luxation ou diastase des appendices de l'hyoïde. La constriction existait à la réunion du pharynx et de l'œsophage; il a suffi, pour la faire cesser, de l'introduction des doigts et de la dilatation qui en est résultée.

Lors de l'introduction de la sonde dans l'œsophage affecté de contractions spasmodiques, il faut se rappeler une particularité notée principalement par Dupuytren et par Lisfranc, à l'occasion des rétrécissements spasmodiques de l'urètre, au moment où l'extrémité de la sonde arrive sur le point spasmodiquement rétréci, la constriction augmente et l'obstacle paraît insurmontable; mais si on laisse un instant le cathéter en contact avec le point malade, le spasme cesse et l'obstacle est bientôt franchi.

On a conseillé, dans les rétrécissements spasmodiques de l'urètre que la sonde a trop de peine à franchir, d'*enduire l'instrument d'extrait de belladone*. M. Mondière

(1) Voy. Todc, *Adv. med. prat.* Hafn., 1729, et Montant, *Histoire de l'Acad. royale des sciences*, 1758.
(2) *Miscel. nat. cur.*, dec. III, ann. III, p. 6.

fait remarquer qu'on pourrait employer le même moyen avec succès dans le rétrécissement spasmodique de l'œsophage.

On voit, d'après ce que je viens de dire, que l'emploi des sondes est le moyen qui s'est montré le plus efficace dans le plus grand nombre des cas : aussi est-ce celui qu'on doit le plus vivement recommander, lorsqu'il est bien démontré qu'il existe un véritable spasme du conduit alimentaire.

Enfin, il importe de signaler le fait indiqué par Boyer, et qui montre comment on peut *agir sur les malades dont l'imagination est frappée*. Il s'agit d'une femme hystérique qui, ayant ressenti des picotements et de la douleur en avalant, n'osait plus prendre d'aliments solides, de peur d'être étranglée. Boyer ne nia pas la possibilité de l'accident, mais assistant pendant un mois au repas de la malade, il lui fit comprendre qu'il lui porterait promptement des secours efficaces. Peu à peu elle revint sans accident à ses habitudes ordinaires.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DU SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

Éviter les émotions morales.

Rechercher quelle est la température la plus propre à favoriser la déglutition des aliments.

Employer comme adjuvants les grands bains.

Résumé. On voit, d'après ce qui précède, que les études sur le traitement du spasme de l'œsophage n'ont point été faites d'une manière très rigoureuse. Cette maladie n'étant pas mortelle dans l'immense majorité des cas, et tendant assez souvent à se terminer spontanément, on ne pourra connaître la valeur comparative des moyens thérapeutiques dirigés contre elle, que lorsqu'on aura étudié avec soin sa marche et les effets immédiats des divers médicaments. Or c'est ce qui n'a point encore été fait ; aussi tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'emploi de la morphine par la méthode endermique et l'introduction de la sonde paraissent les moyens les plus efficaces. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner des ordonnances pour ce traitement ; car, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas citer de cas dans lequel un groupe particulier d'agents thérapeutiques soit indiqué. Il sera facile au médecin de choisir ceux qui paraîtront le mieux appropriés.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; antispasmodiques à l'intérieur et à l'extérieur ; narcotiques ; frictions balsamiques ; électricité ; boissons froides ; glace ; cathétérisme de l'œsophage ; sondes enduites d'extrait de belladone.

ARTICLE XIII.

PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE.

Cette affection, qui a été désignée par Fr. Hoffmann sous le nom d'*atonia musculorum pharyngis*, et que d'autres médecins ont appelée *gulæ imbecillitas*, est ordinairement un symptôme d'autres affections plus graves, et en particulier des affections cérébrales.

Lorsqu'elle est idiopathique, il est souvent très difficile d'en reconnaître la cause. On l'a vue se produire *au moment même de la déglutition;* mais probablement alors cet acte en a seulement déterminé la manifestation. Dans un cas, le docteur Wilson, cité par M. Mondière, pensa qu'une *exostose de la partie supérieure de la colonne vertébrale, comprimant les nerfs pneumo-gastriques* était la cause de la paralysie du conduit alimentaire. Il existait d'autres exostoses aux membres inférieurs.

Les *symptômes* de cette maladie sont peu nombreux. L'*arrêt du bol alimentaire* dans le canal œsophagien, les *efforts impuissants* que fait le malade pour les faire parvenir dans l'estomac ; l'*agitation* qui en résulte ; quelquefois *des convulsions* : tels sont les principaux.

On a remarqué, dans certains cas, que les liquides pris *en petite quantité* étaient très difficilement ingérés, tandis qu'*un volume plus considérable* pénétrait avec assez de facilité dans l'estomac. Dans ces cas encore, on a observé que les *solides* étaient *plus facilement avalés* que les *liquides.* Ces phénomènes ont été notés lorsque la *paralysie* était *incomplète.* On comprend facilement ces faits, quand on songe que la contraction du pharynx doit s'exercer avec plus de facilité sur une masse assez grande pour fournir un point d'appui à ses fibres musculaires. Dans quelques autres cas, tels que celui qui a été cité par Fr. Hoffmann, le bol alimentaire ne peut parvenir à l'estomac qu'en y étant *précipité par une assez grande quantité de liquide.*

Lorsque la *paralysie* est *complète*, le bol alimentaire s'arrête à la partie supérieure de l'œsophage et peut déterminer la suffocation et même la syncope. On a signalé l'existence de ces accidents chez les *aliénés paralytiques ;* mais il s'agit alors d'une paralysie symptomatique, dont il sera question plus tard.

Un autre accident qui résulte de la paralysie de l'œsophage, est l'introduction dans le larynx de portions d'aliments et de quelques gouttes de liquides qui causent une *toux convulsive.*

Cette maladie, même dans les cas où l'on est parvenu à la guérir, a toujours été de *très longue durée.* Elle donne lieu à un dépérissement plus ou moins grand, suivant qu'on peut employer des moyens plus ou moins efficaces pour entretenir les fonctions digestives.

Quoique, ainsi que je viens de le dire, l'arrêt du bol alimentaire dans le canal œsophagien puisse causer quelques accidents nerveux, il est facile de distinguer la paralysie de l'œsophage du *spasme de ce conduit.* Il n'y a pas, en effet, dans la première de ces affections, de point précis où existe un obstacle ; pas de régurgitation ; pas d'arrêt de la sonde dans le cathétérisme, qui, au contraire, est extrêmement facile. Ces *signes différentiels* sont, comme on le voit, très tranchés.

Le *pronostic* de la paralysie de l'œsophage est toujours très grave. Cependant, comme nous allons le voir tout à l'heure, on a cité quelques cas de guérison que le praticien ne doit pas perdre de vue.

Traitement. 1° *Traitement curatif.* C'est surtout par les *excitants* qu'on a cherché à guérir la paralysie de l'œsophage. Fr. Hoffmann recommandait principalement son *baume de vie*, dont je ne donnerai pas ici la composition exacte, parce qu'elle est trop compliquée, mais qui contenait comme substances princi-

pales : l'*huile de cubèbe*, de *lavande*, de *citron*, de *macis*, etc. Il en faisait prendre quelques gouttes avec du sucre.

Dans un cas rapporté par Sédillot, des moyens du même genre procurèrent un succès complet. On prescrivit, en effet, un *gargarisme d'eau chargée d'une forte dose de moutarde en poudre;* à l'intérieur, la *même liqueur* prise par gorgées, et l'usage d'un *vin généreux*. La malade fut guérie en quinze jours.

Dans ce même cas, on eut encore recours à des *applications extérieures :* ainsi on plaça un *large vésicatoire* à la nuque, et l'on fit des *frictions* plusieurs fois par jour avec le liniment suivant :

℞ Ammoniaque liquide...... 8 gram. | Huile d'amandes douces.... 30 gram.

L'action de la *teinture de cantharides*, appliquée avec un pinceau sur le fond du pharynx, est de la même nature que celle des médicaments précédents. Ce moyen a été proposé par Lœfler, cité par M. Mondière (1).

Enfin le docteur Coze a traité la paralysie du pharynx et de l'œsophage par l'*extrait alcoolique de noix vomique*, placé sur un vésicatoire appliqué sur les côtés du cou. Pour mettre ce moyen en usage, il faut panser le vésicatoire avec du cérat, auquel on incorpore, à chaque pansement, *un décigramme d'extrait alcoolique de noix vomique*. On pourrait encore saupoudrer la peau dénudée avec 1, 2 ou 3 *centigrammes de strychnine*.

L'*électricité* a été également mise en usage ; mais excepté un fait rapporté par Monro, on ne connaît point d'observation bien concluante dans laquelle ce moyen ait eu un succès évident.

Dans le cas observé par M. Wilson, et où l'existence d'une exostose de la colonne vertébrale fut soupçonnée, le *traitement mercuriel* fut suivi d'un prompt succès. Ce fait ne doit pas être perdu de vue. Quant aux préparations mercurielles à mettre en usage en pareil cas, elles ne présentent rien de particulier.

2° *Traitement palliatif*. Enfin, quand la paralysie paraît incurable il faut employer des moyens palliatifs. Ainsi on *introduit la sonde œsophagienne* pour injecter dans l'estomac des aliments demi-liquides ; ou bien, après avoir recommandé au malade de porter avec la langue les aliments aussi loin qu'il le peut dans le pharynx, on *pousse le bol alimentaire jusque dans l'estomac* à l'aide d'une tige de baleine garnie d'une éponge à son extrémité. Willis réussit de la sorte à conserver l'existence à un homme qui ne pouvait plus avaler. Ce malade avait appris à pousser lui-même les aliments dans l'estomac, et il y avait seize ans qu'il vivait ainsi, lorsque Willis écrivait son observation. Baster, cité par M. Mondière, a rapporté un cas analogue, et dans lequel le résultat fut bien plus remarquable, puisque la malade, après avoir été obligée pendant quatorze mois d'employer le moyen dont il s'agit, recouvra complétement la faculté d'avaler. On devra donc apprendre aux malades à *se servir de la tige de baleine munie d'une éponge*, opération qu'ils exécutent bientôt avec facilité.

Je termine ici ce que j'avais à dire des maladies de l'œsophage. Les *corps étrangers* dans ce conduit, les *polypes*, sont trop exclusivement du domaine de la chi-

(1) *Loc. cit.*, p. 48.

rurgie, pour que nous ayons à nous en occuper. Quant au *hoquet*, comme il n'est point démontré qu'il appartienne en particulier aux maladies de l'œsophage, j'en parlerai après avoir traité des maladies de l'estomac.

Une réflexion générale s'applique à l'histoire des maladies de l'œsophage telle que nous la possédons dans l'état actuel de la science, c'est que si, sur les principaux points, elle manque de la précision nécessaire, la difficulté du diagnostic, le défaut de détails dans les observations, le peu de rigueur des recherches entreprises, en sont les causes évidentes; il est donc à désirer que l'observation soit dirigée d'une manière particulière sur ces maladies dont quelques unes ont une très grande gravité.

J'ai, dans la première moitié de ce livre, traité des maladies de la partie supérieure des voies digestives; nous arrivons maintenant à celles qui ont leur siége dans les organes contenus dans la cavité abdominale. Il semble que ces organes n'étant protégés, dans une grande étendue, que par une paroi molle, assez facilement dépressible, et permettant par conséquent une exploration presque directe, on ait dû, dès longtemps, arriver à une connaissance très précise de leurs affections; mais plusieurs causes se sont opposées à ce qu'il en fût ainsi. Le grand nombre d'organes contenus dans une même cavité, d'où résulte une assez grande difficulté à préciser quel est le point malade; la situation des lésions qui est souvent profonde, ou qui même, dans les organes creux, rend fréquemment l'exploration directe inutile; l'obscurité des symptômes, voilà les principales. Aussi, loin d'être plus avancée que celle des autres maladies, l'histoire d'un bon nombre d'affections abdominales est-elle remarquable par son insufffisance, et laisse-t-elle un champ libre aux observateurs. Je citerai pour exemple la gastrite et l'entérite, affections qu'on pourrait, au premier abord, regarder comme des plus faciles à étudier, et qui cependant, ainsi que nous le verrons plus tard, n'ont pu encore l'être que d'une manière imparfaite, bien qu'un grand nombre d'auteurs s'en soient particulièrement occupés (1).

(1) Dans ces derniers temps, on a joint la *Percussion* aux moyens d'exploration mis en usage dans le diagnostic des maladies de l'abdomen. J'aurai, dans le cours de ce chapitre, à en apprécier les résultats; mais je dois en dire ici quelques mots d'une manière générale, parce que le praticien est intéressé à se faire une idée exacte de son utilité. Si l'on en croyait M. Piorry, de l'emploi du *plessimètre* daterait une nouvelle ère pour l'histoire des maladies de l'abdomen, et désormais rien ne serait plus facile que de les reconnaître et de les traiter. Aucun esprit sérieux ne s'est trouvé convaincu, après la lecture des travaux que ce médecin a publiés sur ce sujet. D'abord il est démontré pour tout le monde, excepté pour lui, que le plessimètre, bien qu'un peu moins inutile dans l'exploration de l'abdomen que dans celle de la poitrine, n'a quelques avantages que dans un petit nombre de cas. En second lieu, la percussion ne saurait être considérée que comme un des nombreux moyens propres à faire reconnaître les maladies de l'abdomen, et ses résultats sont tels, que le plus souvent elle constitue, parmi ces moyens, celui dont on pourrait le plus facilement se passer, si le praticien ne devait pas les mettre tous en usage.

On ne conçoit donc pas qu'on ait pu vanter avec une aussi grande exagération un moyen de diagnostic d'une utilité si bornée, et qu'on ait même voulu le comparer à l'auscultation dans les maladies. Il faut s'élever avec force contre de semblables prétentions, parce que la percussion, telle que M. Piorry veut qu'on la pratique, est fatigante, pénible pour le malade, et ne tend à rien moins qu'à discréditer le praticien, si l'on s'aperçoit que souvent elle n'a d'autre résultat que de satisfaire une vaine curiosité, ou de conduire à une manière de voir erronée.

Mais que serait-ce si de l'emploi mal entendu de ce moyen on tirait des conséquences pratiques aussi contestables que celles qu'en a tirées M. Piorry, et qui font la base de sa théra-

Dans cette seconde partie des maladies des voies digestives, on ne trouvera ni la *colique de plomb* ni la *fièvre typhoïde*. Voici les raisons qui m'engagent à les placer ailleurs. La colique de plomb n'est autre chose qu'un ensemble de symptômes par lequel se manifeste à nous l'*intoxication saturnine*. Or cette intoxication saturnine, si bien étudiée dans ces derniers temps par MM. Grisolle et Tanquerel des Planches, donne également lieu à des symptômes dont le siége est dans des organes bien différents, et cependant la cause primitive, unique, est l'introduction du plomb dans l'économie; il y aura donc avantage à rassembler dans un même chapitre ces résultats divers d'une même cause, et par conséquent à traiter de toutes les maladies saturnines dans le chapitre consacré aux *empoisonnements*. Quant à la fièvre typhoïde, il y a sans doute moins de motifs de la séparer des autres affections abdominales, car nous verrons que son caractère anatomique essentiel est une altération spéciale des glandes de Peyer; mais l'état fébrile si remarquable auquel elle donne lieu, et qui la rapproche des autres fièvres, m'a engagé à la réunir à la fièvre jaune, à la peste, etc., et à former de ces maladies un groupe qui viendra après les fièvres exanthématiques.

CHAPITRE IV.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC.

Les réflexions générales que je viens de présenter sur les maladies du canal intestinal s'appliquent aux maladies de l'estomac. Ce n'est pas qu'on n'ait beaucoup écrit sur ces affections; mais les recherches étant difficiles, et les opinions les plus diverses ayant été soutenues, on a peine à découvrir la vérité, au milieu de tant d'assertions contradictoires. Les idées théoriques n'ont pas peu contribué, dans ces derniers temps, à obscurcir la question. On sait, en effet, que Broussais et ceux qui ont embrassé sa doctrine ont résumé presque toutes les maladies dans une affection de l'estomac. Ces idées se sont répandues avec d'autant plus de facilité, que la théorie était simple et professée avec éclat. Mais l'étude des faits n'a pas tardé à prouver combien cette manière de voir était erronée. Elle nous a montré, en effet, que, loin d'être le point de départ le plus fréquent des affections aiguës,

peutique? Dans tout le cours de cet ouvrage, j'ai montré combien, dans le traitement des maladies, on devait avoir égard aux principaux symptômes; mais le médecin que je cite, depuis surtout qu'il a constaté l'existence de quelques uns de ces symptômes par la percussion, n'envisage plus que les phénomènes isolés, et perd complétement de vue l'ensemble de la maladie, pour s'attacher à combattre minutieusement chacun de ces phénomènes. Cette médecine, *purement symptomatique*, est inadmissible; l'adopter, ce serait vouloir faire remonter la médecine aux temps barbares, et perdre le fruit des meilleurs travaux qui, dans ces derniers temps, ont éclairé la thérapeutique. M. Piorry ne veut pas, il est vrai, qu'on dise qu'il fait de la médecine symptomatique; ce sont, prétend-il, des états *organo-pathologiques* qu'il traite. Mais cet abus de langage ne peut tromper personne; on verra, en effet, que ces prétendus états organo-pathologiques ne sont autre chose que les principaux symptomes de la maladie.

Ainsi donc un praticien sage se contentera d'employer la percussion comme moyen auxiliaire dans un certain nombre de cas; il le fera avec ménagement, sans faire prendre au malade des postures bizarres, et sans prolonger l'examen outre mesure, comme le font quelques personnes; il n'aurait pas, pour agir ainsi, l'excuse d'une utilité incontestable.

l'estomac n'était presque toujours affecté que secondairement, et que, dans les cas rares où il en était autrement, son inflammation était loin de réveiller de nombreuses sympathies, comme on l'avait avancé. Il a donc fallu recommencer sur nouveaux frais l'étude de ces maladies, dont, par conséquent, il m'a été difficile de rassembler un grand nombre d'observations. Cependant, à force de persévérance et de travail, je suis parvenu à réunir une quantité de documents précis plus grande que je ne l'avais d'abord espéré, et c'est à l'aide de ces documents que je vais m'efforcer d'apporter dans l'histoire des affections de l'estomac plus de clarté qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

La division qui me paraît la plus utile est la suivante : Je traiterai d'abord de l'*hémorrhagie de l'estomac;* puis de l'*embarras gastrique*, maladie mal connue dans sa nature, mais qui nous conduit naturellement à l'inflammation de l'estomac. Celle-ci sera présentée sous les titres qui suivent : *gastrite simple aiguë*, *gastrite simple chronique*, *gastrite ulcéreuse;* ensuite viendront le *ramollissement* blanc de l'estomac, et le *ramollissement gélatiniforme*, que, dans l'état actuel de la science, il faut nécessairement étudier à part, car ces lésions doivent donner lieu à des discussions importantes; puis la *perforation de l'estomac*, l'*ampliation morbide* de cet organe, la *gastralgie* avec quelques mots sur la *gastrorrhée*, et l'*indigestion;* enfin, le *vomissement nerveux*. Quant au *hoquet*, que quelques auteurs regardent comme symptomatique d'un état de l'estomac, que d'autres rattachent aux affections de l'œsophage, et dans lequel d'autres ne voient qu'une convulsion des muscles inspirateurs, il faut le renvoyer au chapitre des *névroses*, et cela avec d'autant plus de raison qu'il n'est souvent qu'un symptôme d'une autre névrose.

ARTICLE PREMIER.

GASTRORRHAGIE (*hématémèse*).

Le vomissement de sang a été étudié dès la plus haute antiquité. On peut déjà en trouver une indication dans les écrits d'Hippocrate (1) : Arétée, Galien, Cœlius Aurelianus, en ont fait la description; mais on s'aperçoit bientôt, en lisant les travaux de ces auteurs, que leur diagnostic n'était pas très précis. La description d'Hippocrate, en particulier, est telle, qu'on n'est pas même sûr que ce soit véritablement du sang qui ait été rejeté par le vomissement. A une époque plus rapprochée de nous, on a étudié la question avec plus de précision. Ainsi, Plater (2) et Fr. Hoffmann (3) ont cherché à établir une distinction entre la gastrorrhagie, sur laquelle Henri Habeer (*Obs. med.*) avait déjà insisté ; mais c'est surtout depuis le commencement de ce siècle qu'on a fait des efforts pour arriver à déterminer d'une manière positive le siége de l'hémorrhagie. Il faut dire néanmoins que nous ne possédons sur cette affection aucun travail fait avec une exactitude rigoureuse ; en sorte que, malgré les nombreuses dissertations auxquelles elle a donné lieu, on éprouve d'assez grandes difficultés dans sa description. C'est en rassemblant un certain nombre d'observations que j'ai surtout cherché à étudier les points obscurs.

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré, Paris, 1851, t. VII, *Des maladies*, livre II.
(2) *Praxeos medicæ*, obs. lib. III.
(3) *Opera omnia*, suppl. II, *De vomitu cruento*. Genève, 1760.

§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

Un grand nombre d'auteurs ont décrit, sous le nom d'*hématémèse*, toutes les hémorrhagies dans lesquelles le sang est rejeté par le vomissement. Par le titre que j'ai donné à cet article, j'ai indiqué qu'avec les auteurs les plus récents, je circonscrivais davantage la maladie. Je ne veux traiter, en effet, ici que de l'hémorrhagie qui a sa source dans l'estomac, soit que le sang soit rejeté par le vomissement, soit qu'il s'accumule dans l'organe, soit qu'il soit rendu par les selles.

Cette affection, décrite par les auteurs latins sous le nom de *vomitus niger*, *morbus niger Hippocratis*, *vomitus cruentus*, *vomitus sanguineus*, *hematemesis*, et qui a reçu des noms analogues dans les langues modernes, est plus particulièrement désignée aujourd'hui sous celui de *gastrorrhagie*, qui lui est seul applicable. Panarolus lui avait donné le nom de *cholera sanguinea*, à cause des vomissements et des déjections alvines abondantes qui ont lieu dans plusieurs cas.

La gastrorrhagie est une affection beaucoup *moins fréquente* que l'épistaxis et l'hémoptysie; cependant nous verrons plus loin qu'elle est due à un assez grand nombre de causes différentes, et c'est là, sans doute, la raison qui fait qu'on ne l'a pas étudiée avec autant de soin que ces deux hémorrhagies; car on n'a pas pu en rassembler un nombre suffisant de cas semblables. Cependant on trouve dans la science une grande quantité d'observations qui s'y rapportent; mais les longues recherches auxquelles il faut se livrer pour les réunir ont découragé la plupart des auteurs. Jos. Frank s'est, il est vrai, livré à ces recherches; mais n'ayant point fait une analyse exacte des observations, et ayant confondu dans le même article la gastro et l'entérorrhagie, ou, en d'autres termes, l'hématémèse et le mélæna, il n'a pu en présenter une description bien claire et bien précise.

§ II. — **Causes.**

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Jos. Frank (1), les *enfants*, et même les *nouveau-nés*, seraient prédisposés à l'hématémèse. Cet auteur a indiqué plusieurs exemples de cette affection chez les nouveau-nés, qu'il a empruntés à Storck, Vogel, Schmitt, etc.: mais bien que ces citations soient multipliées, on se demande si ce ne sont pas là des faits exceptionnels qui ont été recueillis par les auteurs à cause de leur rareté. Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que les médecins qui se sont spécialement occupés des maladies de la première enfance n'ont pas consacré d'article spécial à la gastrorrhagie. Quant à moi, pendant trois ans que j'ai observé les affections des nouveau-nés, je n'en ai pas vu un seul exemple.

D'après les observations connues dans la science, c'est chez les adultes, et principalement de quarante à cinquante ans, que s'est montrée la gastrorrhagie. Suivant P. Frank (2), il est rare de voir un exemple d'hématémèse chez un vieillard sexagénaire; mais cette proposition aurait besoin d'être fondée sur des recherches plus exactes et sur des chiffres considérables.

(1) *Praxeos med.*, p. 111, vol. I, sect. II, p. 527, *De hematemesi et morbo nigro Hippocratis.*
(2) *Traité de méd. prat.*, trad. par Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 527.

Relativement au *sexe*, il faut distinguer les cas. Si, en effet, il s'agit de l'hémorrhagie gastrique sans lésion de l'organe, on la trouvera plus fréquemment chez les *femmes* qui présentent la *gastrorrhagie supplémentaire des menstrues*. Si, au contraire, il est question de l'hémorrhagie symptomatique d'une affection de l'estomac, on n'a plus de données aussi précises, et tout ce qu'on peut dire d'une manière générale, c'est que les exemples cités se rapportent plus souvent aux *hommes*.

Il est bien plus difficile encore de déterminer avec quelque précision la valeur de certaines causes prédisposantes admises par les auteurs ; il suffit donc de les énumérer. Ce sont le *tempérament pléthorique* suivant les uns, et *bilieux* suivant les autres ; la *vie sédentaire*, les *maladies du cœur*, d'après Morgagni (1) et Dalmazzone ; les *fièvres intermittentes* mal guéries, suivant l'opinion de Latour (2). Il est inutile de faire remarquer à quel point l'existence de ces causes est encore hypothétique. Il en est de même, et à plus forte raison, de la *direction vicieuse des côtes* et des *anomalies de l'artère cœliaque* signalées par Jos. Frank.

Dans un certain nombre de cas, on a admis l'existence d'une *disposition innée* aux hémorrhagies, et même, s'il faut en croire l'auteur d'un mémoire publié dans les *Travaux de l'Académie de Toulouse*, la gastrorrhagie s'est montrée sous forme *épidémique*. On voit combien il y a encore de recherches à faire sur ce sujet.

2° Causes occasionnelles.

Il est assez important d'étudier les causes occasionnelles de la gastrorrhagie, parce que c'est sous le point de vue de l'étiologie qu'un certain nombre de divisions ont été suivies dans la description de la maladie. Malheureusement les observations sont bien insuffisantes sous ce rapport. Sur 27 que j'ai rassemblées, 18 seulement indiquent la cause occasionnelle, et les faits étant très variés sous ce point de vue, il en résulte que les renseignements n'ont pas de valeur réelle. Toutefois il y a ceci de remarquable dans les observations dont il s'agit, que presque toutes sont des exemples d'une *altération de l'estomac* ayant donné lieu à la rupture d'un vaisseau, ou bien d'une *suppression de règles*. Parcourons maintenant les causes nombreuses mentionnées par les auteurs.

On a mis en première ligne les *violences exercées sur l'épigastre*. On trouve, en effet, quelques exemples de ce genre dans les auteurs, et Plater, entre autres, a vu une gastrorrhagie assez abondante survenir immédiatement après une *contusion de l'abdomen*. Vogel dit même que les violences exercées sur le fœtus pendant l'accouchement peuvent provoquer chez lui une hématémèse. Ce qu'il y a de certain, c'est que les cas dans lesquels les choses se passent de cette manière sont au moins fort rares. Les *contusions de la poitrine* ont-elles jamais produit le même effet ? C'est ce qui n'est point démontré, quoiqu'on l'ait prétendu. J'en dirai autant des *efforts* faits pour soulever un fardeau, bien que J. Frank ait cité deux exemples à l'appui de cette proposition. Il n'est pas, en effet, parfaitement démontré que l'hémorrhagie eût son siége dans l'estomac plutôt que dans les poumons. Les mêmes réflexions s'appliquent aux observations données comme exemples de vomissements de sang *pendant l'accouchement*.

On a avancé que *l'action des vomitifs et des drastiques* pouvait produire la

(1) *De causis et sedibus morborum*, epist. XXX.
(2) *Hist. phil. et méd. des hémorrh.* Orléans, 1815.

gastrorrhagie : mais J. Frank, qui admet cette manière de voir, ne cite pas des faits bien probants. Je me borne à en signaler un seul, parmi ceux qu'il a cités (1). Il est incontestable sans doute que le vomissement de sang a été dans ce cas provoqué par l'émétique : mais on en trouve facilement la raison dans l'existence d'un ulcère ayant son siége aux environs du pylore et envahissant le pancréas. De cette manière on conçoit que le vomitif produise quelquefois la gastrorrhagie, car il peut donner lieu à la rupture d'un vaisseau. En est-il de même des *purgatifs drastiques ?*

Les substances *emménagogues*, celles qui sont administrées pour provoquer l'avortement, et plusieurs autres médicaments, ont encore été citées comme pouvant occasionner l'hémorrhagie de l'estomac ; mais on ne saurait se prononcer avant d'avoir des observations plus précises que celles que nous possédons.

Des *corps étrangers*, tels que des os, des pièces de monnaie, etc., introduits dans l'estomac, ont pu, en ulcérant cet organe, donner lieu à des hémorrhagies mortelles. Parmi les observations de ce genre, il n'en est pas de plus concluantes que celles qui ont été citées par Schultzer (2) et par Revolat (3).

Ce qu'il y a de remarquable dans le cas cité par Schultzer, c'est que, malgré toutes les investigations, on n'a point trouvé dans la plaie faite à l'estomac par l'os ingéré, d'artériole qui ait pu donner lieu à la gastrorrhagie.

On a cité encore des exemples d'hématémèse causée par la présence des *vers intestinaux* dans l'estomac. Latour en a rapporté une observation ; mais il serait utile que de semblables faits fussent multipliés. L'introduction d'une *sangsue* dans l'estomac a été quelquefois la cause de cet accident. Je citerai à ce sujet un exemple rapporté par le docteur Van der Bach (4). L'observation fut prise chez un soldat qui eut à plusieurs reprises des vomissements de sang très abondants, vomissements qui cessèrent immédiatement après l'expulsion, par la bouche, d'une sangsue vivante. Le sujet déclara qu'il allait assez souvent boire la nuit dans un ruisseau. Rivière et quelques autres avaient déjà cité de semblables faits. On se demande seulement si, dans ce cas, l'hémorrhagie ne venait pas tout simplement du pharynx ou de l'œsophage.

M. le docteur Defermon (5) a publié une observation d'hématémèse produite par l'*inspiration du gaz hydrogène carboné*.

Je passerai rapidement sur un grand nombre de causes dont l'existence n'est nullement démontrée, comme la présence d'*insectes* dans l'estomac ; l'abus des *boissons alcooliques ;* l'*impression du froid* sur le corps en sueur ; les *émotions morales ;* la *course*, les *cris*, etc., pour arriver à la *suppression des flux sanguins*, cause très importante.

Déjà Amatus Lusitanus et Salmutus (6) avaient signalé comme donnant lieu au vomissement de sang la *suppression* des hémorrhagies, surtout des *menstrues*. Les auteurs qui les ont suivis ont insisté sur ce point, et les faits qui viennent à l'appui de cette proposition se sont beaucoup multipliés. Parmi les vingt-sept observations

(1) *Miscell. nat. cur.*, dec. III, ann. 7 et 8, obs. 148.
(2) *Act. Acad. nat. cur. ephem.*, vol. III, p. 307.
(3) *Ann. de la Soc de méd. de Montpellier*, t. IV.
(4) *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, p. 554.
(5) *Bull. des sciences méd.*, de Férussac, 1827.
(6) Cent. II, *hist.* 24.

dont j'ai déjà parlé, il en est cinq dans lesquelles cette cause a été constatée, et il y a cela de remarquable, que dans tous ces cas l'affection a eu une issue heureuse. Cependant nous verrons à l'article *Pronostic* qu'il ne faut pas regarder toujours ces cas comme ayant peu de gravité. La suppression des autres flux sanguins mérite aussi d'être mentionnée, quoiqu'elle soit infiniment plus rare que la suppression des règles.

On a voulu rapprocher de cette suppression des flux la *guérison trop rapide des divers fonticules* ou *des ulcères anciens*. On a cité principalement, à ce sujet, une observation de Rhodius (1), dans laquelle l'hémorrhagie est survenue à la suite de la cicatrisation d'un *ulcère de la jambe;* mais on sent combien ces renseignements sont insuffisants; car on ne peut savoir s'il n'existait pas également une maladie organique de l'estomac, et s'il y a eu autre chose qu'une simple coïncidence. La même réflexion s'applique à la *suppression de la salivation*, à la *guérison trop rapide de la teigne*, etc.

On a vu quelquefois la gastrorrhagie survenir pendant la *grossesse;* c'est ce qu'on a observé dans deux cas que j'ai réunis pour éclairer la question qui nous occupe. Il se produit alors quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans la suppression des règles.

3° Conditions organiques.

Viennent maintenant les causes que l'on pourrait nommer *causes organiques*, ou suivant quelques uns, causes prochaines. Je ne veux point parler sans doute de la *surabondance du sang admise* par certains auteurs, de l'*épaississement de ce liquide*, de *l'obstruction des vaisseaux*, du *passage du sang du pancréas dans le duodénum, et du duodénum dans l'estomac*, suivant la théorie de Sylvius et d'Ettmuller. A peine mentionnerai-je l'opinion de Christiern Weissbach (2), qui regardait comme favorisant le vomissement, dans la suppression des règles, la *communication de la veine porte avec les veines de l'utérus;* mais je dirai quelques mots de l'*état du sang*, des *obstacles au cours de ce liquide* et surtout des *lésions organiques* qu'on a fréquemment trouvées dans l'estomac.

Dans certaines affections, où une altération du sang a été soit démontrée, soit seulement supposée, on a observé des hématémèses parfois abondantes. Ce sont les vomissements de sang notés dans le *scorbut*, la *fièvre jaune*, la *peste;* mais ces hémorrhagies n'ont en ce moment, pour nous, qu'un intérêt secondaire, parce que leur description a sa place ailleurs. Il n'en est pas de même de l'hémorrhagie dite *constitutionnelle*, qui, dans certains cas, s'est montrée dans plusieurs points du corps en même temps que dans l'estomac. Ces gastrorrhagies ont en effet un grand intérêt; mais des recherches différentes n'ont pas été faites sur l'état du sang dans les cas de ce genre.

Quant aux *obstacles mécaniques* au cours du sang, nous n'avons pas de faits concluants qui mettent hors de doute leur existence.

Restent enfin, comme je l'ai dit plus haut, les *lésions organiques*. Celles-ci consistent presque toutes dans une *érosion* de l'estomac, le plus souvent cancéreuse, érosion qui a atteint une artère et presque toujours l'artère coronaire. Les faits de

(1) Cent. II, obs. 65.
(2) *Cura omnium morb.*, *De vomitu cruento.*

ce genre sont aujourd'hui nombreux dans la science. Parmi les vingt-sept observations que j'ai rassemblées, neuf en offrent des exemples, et l'on en a présenté plusieurs à la Société anatomique. Cependant il peut arriver que l'érosion de l'artère soit produite par un *ulcère de nature non cancéreuse*. M. Louis en a observé un exemple d'autant plus remarquable, que l'ulcération était d'une petite étendue, et n'avait intéressé qu'une artériole de l'estomac. Il faut quelquefois examiner avec une certaine attention cet organe, pour y découvrir la lésion dont il s'agit ; c'est ce qui doit nous rendre plus scrupuleux relativement aux diverses causes assignées par les anciens auteurs à la gastrorrhagie, et nous faire élever des doutes sur les nombreuses gastrorrhagies essentielles citées dans les recueils. M. le docteur Sunnan (1) a observé, chez un homme de vingt-sept ans, une hématémèse mortelle produite par la *rupture d'une des branches cardiaques de l'artère coronaire de l'estomac*. Les vomissements de sang eurent lieu à plusieurs reprises dans l'espace d'environ trente-six heures.

J'ai dit plus haut que c'était d'après l'étiologie qu'on avait principalement établi les divisions de l'hématémèse. Il importe donc de signaler ici celles qui ont été le plus généralement admises. M. Martin-Solon (2) divise le vomissement de sang en *idiopathique*, qui comprend l'hématémèse *succédanée*, l'hématémèse *critique ;* et en *splanchnique*, c'est-à-dire qui est due à une *altération de l'estomac*, laquelle peut être divisée en *spontanée traumatique ;* en outre, cet auteur admet une *hématémèse simulée*. Dans le *Dictionnaire de médecine*, la gastrorrhagie est divisée en deux genres, suivant qu'il y a simple *exhalation du sang* ou *rupture d'un vaisseau*.

Quant à M. Andral (3), voici les causes prochaines de la gastrorrhagie admises par lui : 1° un *obstacle mécanique* à la circulation de la veine porte ; 2° une *irritation* de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; 3° une *congestion sanguine*, qui n'est ni mécanique, comme dans le premier cas, ni déterminée par un travail d'irritation évidente, comme dans le second ; 4° certains *états du sang* lui-même, dans lesquels il est modifié de telle sorte qu'il tend de toutes parts à s'échapper de ses voies normales. Il n'est pas difficile de voir que cette division est bien loin d'être satisfaisante. D'abord l'observation n'a pas mis hors de doute l'existence de la première cause. Quant à la seconde, s'il est vrai, comme le dit M. Andral, que certains poisons corrosifs produisent une hématémèse, c'est là une irritation toute particulière qui ne doit pas nous occuper ici. La congestion sanguine est un effet, et non une cause. Il ne nous reste donc que la quatrième espèce admise par tout le monde et remarquable surtout dans les cas d'hémorrhagies dites constitutionnelles.

Comme toutes les hémorrhagies, la gastrorrhagie a été divisée en *active* et en *passive ;* mais il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de trouver l'application de cette division dans la pratique. J'indiquerai plus loin les caractères auxquels on a cru reconnaître l'existence de ces deux espèces.

En résumé donc, nous ne devons admettre d'autres divisions que les suivantes :

(1) *Monthly Journ. of med. sciences*, août 1846.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. HÉMATÉMÈSE.
(3) *Anat. path.*

hémorrhagie *par exhalation* ou sans lésion appréciable des tissus de l'estomac (1) ; hémorrhagie *par érosion* ou *ulcération*. Mais faudra-t-il, dans la description suivante des symptômes, avoir égard à cette division ? Je ne le pense pas, parce que, pour le pathologiste, les phénomènes ne diffèrent pas sensiblement. Cependant, en étudiant les symptômes des maladies chroniques dans lesquelles se produit quelquefois la gastrorrhagie, je ferai voir ce qui distingue l'hémorrhagie par lésion profonde des tissus.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont presque tous décrit de la même manière les symptômes de l'hémorrhagie gastrique, et il semble, en lisant leurs descriptions, que les documents auxquels ils ont pu puiser sont très exacts et très précis ; mais si, au lieu de se contenter de ces descriptions générales, on examine les faits, on voit bientôt qu'il est assez difficile d'avoir des renseignements positifs. Examinons d'abord les symptômes précurseurs assignés à cette hémorrhagie.

Symptômes précurseurs. Ils sont analogues à ceux des autres hémorrhagies. Ce sont : un sentiment de *chaleur à l'épigastre ;* une *gêne*, une *tension* inaccoutumée dans cette région ; quelquefois une *douleur* assez vive ; un état de *malaise*, d'*anxiété ;* des *tiraillements* dans les lombes ; un *trouble* plus ou moins marqué *des fonctions digestives ;* un *goût de sang*, ou bien un *goût salé* à la bouche ; et dans les hémorrhagies actives, la plénitude et l'élévation du *pouls*.

Si maintenant nous examinons les observations et si nous faisons abstraction des symptômes qui annoncent le début de l'hémorrhagie, voici ce que nous trouvons : Le sentiment de chaleur épigastrique, sur 23 cas que j'ai rassemblés, n'a été noté que deux fois. Quant à la tension, elle n'a pas été constatée plus souvent ; il n'en est pas de même de la douleur qui se trouve mentionnée dans 8 observations, et qui dans quelques unes était violente. Il faut remarquer toutefois que dans 5 cas il fallait rapporter cette douleur à l'existence d'une maladie chronique exaspérée, et non à la congestion qui précédait l'hémorrhagie. La perte de l'appétit, durant depuis plusieurs jours, a été mentionnée dans 4 cas dans lesquels il n'existait point de maladie chronique. Les troubles de la digestion, au contraire, peuvent se rapporter à l'existence de celle-ci ; il en est de même des vomissements non sanglants et des nausées qui fatiguaient souvent les malades. Enfin, dans aucun cas, il n'est fait mention d'un goût particulier à la bouche, et, chose remarquable, malgré l'insistance avec laquelle on a parlé de l'état du pouls comme signe précurseur de l'hémorrhagie, ses caractères ne sont nullement indiqués dans les observations.

On voit par là que nous sommes loin d'être fixés sur l'existence de ces signes précurseurs que certains auteurs ont sans doute décrits d'après quelques cas particuliers. Ce que nous savons bien, c'est que plusieurs fois l'hémorrhagie s'est produite brusquement, sans que rien pût en faire présager l'apparition.

Je n'ai pas mentionné ici l'amaigrissement, le dépérissement et les autres symptômes de maladie chronique indiqués par quelques auteurs, parce que évi-

(1) Je dois redire ici que les cas de ce genre sont fort rares, et que la plupart des faits cités comme exemples sont fort peu concluants. J'ai d'abord pensé à étudier séparément ces faits ; mais les observations sont si insuffisantes, que j'ai dû y renoncer.

demment ce sont là les signes d'une affection organique préexistante qui n'appartiennent à aucun titre à la gastrorrhagie.

Symptômes. Les symptômes de l'hémorrhagie elle-même n'ont pas été étudiés avec beaucoup plus de soin que les précédents. Ceux qui, suivant les auteurs, annoncent que le sang est exhalé à la surface de l'estomac ou versé dans sa cavité par un vaisseau ulcéré, sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler, et avec lesquels on les a confondus; mais de plus on y a joint, comme signes d'hémorrhagie interne, les lipothymies, la pâleur, le refroidissement, la sueur froide et visqueuse qui couvre le corps, les horripilations, l'oppression et une douleur très vive à l'épigastre. Si l'on consulte les observations, on voit, en effet, que ces symptômes peuvent exister, mais qu'ils sont bien loin d'avoir été indiqués dans la majorité des cas. Ainsi la *douleur*, qui a manqué dans des cas où cependant le vomissement a été ensuite très abondant, est à peine notée chez deux sujets ; il en est de même de la *sueur froide* et des autres signes que je viens de mentionner. Ce n'est pas à dire pour cela, sans doute, que ces signes n'aient aucune valeur; mais on voit combien il serait important d'étudier sous ce rapport la gastrorrhagie mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Indiquons comme ayant été signalés quelquefois: un *sentiment de fluctuation à l'épigastre*, une agitation et une anxiété remarquables, des nausées, et cette *chaleur épigastrique* qui paraît se montrer bien plutôt comme signe d'hémorrhagie interne que comme symptôme précurseur.

La *matité* de l'épigastre viendrait sans doute se joindre aux signes que je viens d'indiquer, si l'on avait à examiner les malades au moment où l'hémorrhagie se fait dans l'estomac sans expulsion du sang au dehors; mais ce n'est guère qu'après un ou deux vomissements de sang qu'on est appelé à constater l'existence de ce signe, dont il sera plus amplement question tout à l'heure.

Le *vomissement de sang* lui-même a été mieux étudié : c'est lui, en effet, qui a presque exclusivement fixé l'attention des auteurs. Les signes indiqués plus haut s'étant montrés ou non, ayant cessé ou persistant encore, les malades sont pris d'abord de quelques *nausées*, puis ils rejettent, par des efforts de vomissement, et *sans toux*, une plus ou moins grande quantité de sang.

Cette *quantité* est extrêmement variable: c'est ainsi que, dans les observations, nous voyons des sujets en avoir rendu 13 à 15 kilogrammes en deux jours, tandis que d'autres en ont à peine rejeté un demi-kilogramme.

Il s'ensuit que la *violence* avec laquelle le sang est expulsé est également très diverse ; ainsi certains sujets, après plusieurs efforts de vomissement, n'en rejettent que quelques gorgées, tandis que, chez d'autres, il sort à flots par la bouche et quelquefois par les narines.

La *couleur* du liquide n'est pas toujours la même. Très fréquemment elle est noire, ce qui indique, dans un certain nombre de cas, que le sang a séjourné dans l'estomac, mais ce qui, dans d'autres, peut tenir à ce qu'il a été exhalé avec cette couleur à la surface de la muqueuse. Chez quelques sujets, au contraire, le liquide est rouge et présente les caractères du sang artériel; c'est ce qu'on observe, en particulier, lorsque l'hémorrhagie est due à l'érosion d'une artère de l'estomac.

La *consistance* du sang est en rapport avec les caractères que je viens d'indiquer. Ainsi, lorsqu'il est noir, il est ordinairement pris en caillots ou en grumeaux plus ou moins fermes; quelquefois, néanmoins, il reste fluide comme du sang décom-

posé. Peut-on, de ces caractères, tirer, avec quelques auteurs, une conclusion sur la nature du sang exhalé? Évidemment non, puisqu'il suffit d'un séjour plus ou moins long de ce liquide dans l'estomac pour qu'il présente des aspects très variables.

Dans plusieurs cas, parmi ceux que j'ai rassemblés, on a constaté le *mélange avec le sang de substances alimentaires* plus ou moins altérées par la digestion, ou réduites en pâte chymeuse. Il est probable que, si l'attention des observateurs avait été portée plus souvent sur ce point, on aurait plus fréquemment retrouvé ce mélange, dont l'existence est importante pour le diagnostic.

Quels sont maintenant les symptômes qui accompagnent le vomissement de sang? On ne peut évidemment, sous ce rapport, rien dire qui s'applique à tous les cas; car ces symptômes dépendent de circonstances très diverses : ainsi de l'abondance de l'hémorrhagie, de la frayeur du malade, de la facilité plus ou moins grande avec laquelle le sang est rejeté, de l'état dans lequel se trouvait antérieurement le sujet, et enfin de la cause même de l'hémorrhagie.

Relativement à l'abondance, nous trouvons d'abord que, lorsque la quantité de sang rejeté est très considérable dans un temps donné, les symptômes des hémorrhagies excessives se manifestent: ainsi, l'*affaiblissement*, les *lipothymies*, la *petitesse extrême du pouls*. Cependant il ne faut pas croire que ces symptômes soient tellement liés à l'abondance de l'hémorrhagie, qu'ils ne se manifestent pas dans des circonstances différentes; on a vu des sujets tomber en syncope après avoir rejeté seulement quelques gorgées de sang, tandis que d'autres en ont rendu une très grande quantité sans éprouver le même effet. La frayeur, l'émotion, sont pour beaucoup dans la production de ces accidents, et il se passe dans cette hémorrhagie ce que nous avons déjà signalé dans l'hémoptysie.

Chez quelques sujets, le sang étant rejeté au dehors à mesure qu'il est versé dans l'estomac, on n'observe pas le sentiment de plénitude, la *gêne épigastrique* qu'on trouve dans d'autres cas où ce liquide s'accumule en assez grande quantité dans l'organe avant d'être expulsé. On conçoit dès lors que l'anxiété, le malaise qui résultent de cette plénitude de l'estomac, doivent être très variables suivant les cas. Au reste, les observateurs n'ont fixé leur attention sur ce point que d'une manière assez vague.

Il est presque inutile de dire que, chez les sujets affaiblis par une longue maladie et plongés dans un grand état de prostration, l'hémorrhagie produit plus facilement les phénomènes indiqués plus haut, que chez ceux qui ont conservé toute ou presque toute leur vigueur; et de là il suit que la cause de l'affection est pour beaucoup dans la production de ces phénomènes.

Prenons d'abord pour exemple les cas d'*hémorrhagie supplémentaire :* on conçoit que si l'écoulement de sang est modéré, loin de produire ces accidents, il débarrasse le malade et le rend plus dispos qu'auparavant; c'est ce que l'on observait dans un fait cité par Trinquarella, et dans lequel la gastrorrhagie supplémentaire se montra pendant très longtemps sans causer aucune incommodité. On pourrait multiplier ces exemples.

Si, au contraire, l'*hémorrhagie* est *due à une affection chronique de l'estomac*, qui a fortement altéré la santé, on voit, sous son influence, le dépérissement augmenter avec une grande rapidité, et tous les symptômes d'abattement se produire. Si enfin, comme dans certains cas de simple ulcération intéressant une artère,

l'*hémorrhagie survient dans le cours d'une santé à peu près parfaite*, et, si elle n'est pas assez abondante pour tuer presque tout à coup le malade, elle semble d'abord apporter du soulagement, et ne devient alarmante que par sa continuité ou sa répétition.

Tels sont les symptômes de la gastrorrhagie, lorsque le sang peut encore être rejeté au dehors avec plus ou moins de facilité ; mais il arrive très souvent que, ne pouvant être chassé de l'estomac par le vomissement, il continue à s'épancher dans l'intérieur de cet organe, et alors on observe les symptômes de l'hémorrhagie interne, symptômes communs à tous les cas du même genre. Ce sont : les *horripilations*, le *refroidissement des extrémités*, la *sueur froide* et visqueuse, la *terreur*, le *découragement*, la *petitesse extrême*, la *grande fréquence du pouls*, et enfin les *lipothymies*, les *pertes complètes de connaissance*. En pareil cas, *on peut s'assurer par la percussion que le sang continue à s'accumuler dans l'estomac*, et même on peut parfois suivre les progrès de l'épanchement. Il n'est nullement besoin du plessimètre pour arriver à un pareil résultat.

Il est un autre symptôme qui mérite d'être mentionné, et qui, dès les premiers temps, a fixé l'attention des médecins : c'est la *présence du sang dans les déjections alvines*. Ce n'est ordinairement qu'un certain temps après la cessation de l'hématémèse que les selles sanglantes se montrent : sans doute parce que, après le dernier vomissement, il s'est encore écoulé un peu de sang dans l'estomac, qui a été ensuite chassé dans l'intestin, comme le seraient des matières alimentaires. Aussi, en pareil cas, le sang est-il en grande partie décomposé; il donne à la matière des selles une couleur noire, et souvent une fétidité extrême. Parfois on trouve encore dans les déjections alvines des caillots reconnaissables. Il n'est pas toujours facile de découvrir au premier abord la présence du sang dans les selles noires et fétides; mais si, après avoir presque complétement vidé le vase qui les contient, on verse une certaine quantité d'eau sur la petite partie qui reste, on la voit reprendre la couleur rouge et l'aspect du sang. F. Hoffmann avait déjà indiqué ce moyen d'exploration. Parfois ces déjections sanglantes sont précédées de coliques plus ou moins vives, et d'un développement plus ou moins considérable de gaz dans les intestins.

Dans d'autres cas, les choses ne se passent pas ainsi, et le rejet du sang a lieu en même temps par la bouche et par l'anus. C'est ce qui avait fait, ainsi que nous l'avons vu plus haut, donner le nom de *cholera sanguinea* à cette affection.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, on voit d'abord l'anxiété épigastrique se calmer, le vomissement s'éloigner et cesser tout à fait, et, douze ou vingt-quatre heures après, rarement plus tard, apparaître les déjections sanguines ; dans le cas contraire, les symptômes ne s'apaisent qu'en partie, l'hémorrhagie se reproduit à plusieurs reprises, et enfin le malade succombe, soit dans un dernier vomissement de sang, soit à la suite d'une accumulation brusque de ce liquide dans l'estomac.

Chez les sujets qui se rétablissent, la convalescence est, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus longue, que l'hémorrhagie a été plus abondante. Assez fréquemment, la gastrorrhagie cesse, mais la maladie organique qui l'a produite continue à faire des progrès, et les malades s'éteignent lentement.

Quelquefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, le vomissement de sang, loin de pou-

voir être regardé comme une maladie, dissipe un malaise plus ou moins considérable; mais s'il a dépassé certaines limites, si l'hémorrhagie s'est répétée fréquemment à de courts intervalles, il reste une *anémie consécutive*, avec les caractères qui lui ont été assignés dans un précédent article (1).

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans un certain nombre de cas, cette hémorrhagie est *foudroyante*. Le vomissement de sang est extrêmement abondant, ce liquide jaillit avec violence par la bouche et les narines, et le malade succombe avant qu'on ait pu lui donner des secours. C'est surtout dans les cas de rupture ou de perforation d'une artère que la mort arrive ainsi presque tout à coup. Quelquefois les choses se passent de la même manière, quoique le vomissement soit peu abondant, ou même quoiqu'il manque tout à fait. C'est qu'alors il s'est fait une hémorrhagie très rapide, qui a subitement distendu l'estomac. Dans des cas semblables, on a vu le sang pris en un caillot quelquefois assez ferme pour conserver après son extraction la forme de l'organe.

Mais bien plus souvent l'hémorrhagie a lieu *à plusieurs reprises*. Les intervalles sont très variables. Dans les observations que j'ai rassemblées, tantôt on a noté quatre ou cinq vomissements de sang par jour, et tantôt un seul tous les deux ou trois jours. On observe ordinairement, dans ces intervalles, des phénomènes morbides plus ou moins notables.

Il résulte de ce que je viens de dire que la *durée* de cette hémorrhagie est des plus variables, puisqu'elle peut tuer en quelques instants ou se prolonger pendant un assez grand nombre de jours. Les hémorrhagies supplémentaires qui se montrent aux époques des menstrues, peuvent persister pendant plusieurs années; mais ces cas ne sont pas les seuls dans lesquels cette longue durée ait lieu. Ainsi Bartholin (2) cite l'observation d'un homme qui a eu pendant trente ans un vomissement considérable de sang, tout en conservant une bonne santé. Les cas de ce genre sont bien rares.

La *terminaison* de la maladie est le plus souvent funeste, et on le conçoit sans peine, puisque nous avons vu plus haut qu'elle était le plus souvent due à une cause organique grave, ou bien à une lésion artérielle à laquelle il est impossible de remédier.

§ V. — Lésions anatomiques.

On trouve dans l'estomac des sujets qui ont succombé à la gastrorrhagie une quantité variable de sang, soit liquide, soit pris en grumeaux, et mêlé, suivant les circonstances, à des aliments, à la matière chymeuse, ou à des mucosités. Ce sang est noir, ce qui tient ordinairement à son séjour dans l'estomac. Les parois de ce viscère se sont plusieurs fois montrées infiltrées de sang et ecchymosées. Dans quelques cas bien rares où l'hémorrhagie a eu lieu par simple exhalation, on ne trouve absolument aucune lésion des viscères. M. Louis m'a dit avoir vu un cas de ce genre.

J'ai dit plus haut que l'ulcération était une cause fréquente de la gastrorrhagie;

1 Voy. t. I, art. *Anémie*.
2 Cent. III, hist. 36.

cette ulcération est presque toujours de nature cancéreuse; elle présente par conséquent tous les caractères du cancer ulcéré, que je n'indiquerai pas ici, parce qu'ils seront exposés dans un des articles suivants. Je dirai seulement que souvent ces ulcères surmontent des tumeurs, soit squirrheuses, soit encéphaloïdes, comme Latour en a cité plusieurs exemples, et que dans quelques cas, au contraire, on ne trouve qu'une ulcération très petite, ayant son siége sur le trajet du vaisseau, à bords durs et relevés, ou même sans aucun des caractères du cancer. Dans un cas présenté à la Société anatomique, il existait un petit ulcère de ce genre, bouché, ainsi que l'ouverture de l'artère, par un caillot qui avait dû se former dans les derniers moments de l'existence. C'est tantôt le tronc de l'artère coronaire qui est altéré, tantôt seulement une artériole : ce qui, dans les cas que nous connaissons, n'a pas produit de différence notable dans la rapidité et l'abondance de l'hémorrhagie.

On a encore cité, comme lésions appartenant à la gastrorrhagie, des altérations organiques profondes du foie, de la rate, du pancréas, en un mot des organes environnants. Dans presque tous ces cas, c'est l'ouverture d'un ulcère à l'intérieur de l'estomac qui a donné lieu à l'hémorrhagie gastrique. Je ne m'étendrai pas davantage sur la description de ces lésions, qui ne nous offriraient pas d'autres détails importants pour la pratique.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

J'ai, dans le premier volume de cet ouvrage, à propos de l'*épistaxis* et de l'*hémoptysie*, beaucoup insisté sur le diagnostic différentiel de ces affections et de celle qui nous occupe. Ce serait tomber, par conséquent, dans des répétitions inutiles, que de reproduire ici tous les caractères qui les distinguent; je me bornerai à les consigner dans le tableau synoptique.

Est-il quelque autre maladie avec laquelle on puisse confondre la gastrorrhagie? Avant de répondre, il faut distinguer. La question est, en effet, différente suivant que le vomissement de sang a lieu ou qu'il existe une hémorrhagie interne. Examinons d'abord les cas où il existe un *vomissement* de sang plus ou moins abondant.

Quelques *affections étrangères à l'estomac* peuvent donner lieu à une véritable hématémèse. Ainsi le docteur Yates (1) a rapporté un cas dans lequel une caverne pulmonaire, communiquant avec l'œsophage, a donné lieu à un vomissement de sang très abondant qui, en peu d'instants, a emporté le malade, et j'ai signalé plus haut les hématémèses produites par la rupture d'un anévrysme dans le conduit alimentaire. Dans les cas de ce genre, peut-on reconnaître la source du sang vomi? Il semble, au premier abord, que l'examen attentif de la région épigastrique peut conduire à ce résultat; mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouve le fait de M. Yates que je viens de citer. On trouva, en effet, à l'autopsie, un volumineux caillot occupant toute la capacité de l'estomac. Si donc pendant la vie on avait pu examiner la région épigastrique, on aurait trouvé les signes d'un épanchement de sang dans l'estomac, et, loin de faire éviter l'erreur, cet examen n'aurait servi qu'à la faire naître. Ce n'est que par l'étude des antécédents du malade, par les symptômes auxquels a donné lieu la maladie des poumons ou de l'artère, qu'on peut

(1) *Makintosh's principles of phys.* London, 1831, t. I.

arriver au diagnostic différentiel. Ainsi, dans un cas semblable à celui du docteur Yates, la toux, l'hémoptysie antérieure, les crachats purulents, le dépérissement, en un mot les symptômes de la phthisie pulmonaire pourraient mettre sur la voie du diagnostic. Cependant on conçoit combien de doutes on devrait conserver; car enfin il n'est nullement impossible qu'un phthisique soit pris d'une véritable gastrorrhagie.

On aurait un peu plus de certitude dans le cas d'anévrysme de l'aorte, puisque l'ouverture de cet anévrysme dans l'œsophage est une terminaison qui n'est pas très rare. En outre, le sang n'ayant point séjourné dans l'estomac se présente avec les caractères artériels lorsqu'il est versé dans l'œsophage par une rupture anévrysmale et rapidement chassé au dehors. Au reste, je suis loin de chercher à dissimuler toutes les difficultés de ces diagnostics, qui ne sont pas encore assez bien fixés pour que je croie devoir les faire entrer dans le tableau synoptique.

Maintenant d'autres questions se présentent relativement aux diverses espèces de gastrorrhagie. *Est-il possible de savoir, dans tous les cas, quelles sont la nature et la cause prochaine du vomissement de sang?* Je ne veux pas chercher à établir ici une distinction entre la gastrorrhagie *active* et la gastrorrhagie *passive*, puisque les observations n'ont pas été recueillies d'une manière convenable pour être étudiées sous ce rapport, et qu'il est reconnu qu'on ne peut arriver à aucun résultat positif. Mais peut-on reconnaître *si la gastrorrhagie est idiopathique ou symptomatique?* Dans les cas où cette hémorrhagie survient après des troubles longtemps prolongés de la digestion, à la suite d'un dépérissement profond et chez un malade qui a présenté des signes de cancer de l'estomac, tels que douleur, tumeur à l'épigastre, etc., on peut croire que l'hémorrhagie est due à l'ulcération du cancer. N'oublions pas toutefois, que, même dans les cas de ce genre, il peut se faire à la surface de l'estomac non envahie par le carcinome une véritable exhalation de sang. On voit donc qu'il y a encore d'assez grandes obscurités dans ce diagnostic.

Quant aux hémorrhagies supplémentaires, on peut les reconnaître : lorsqu'elles surviennent aux époques où devraient avoir lieu les règles, et lorsque, après une plus ou moins longue suspension des menstrues, l'hémorrhagie arrive et produit un soulagement marqué.

Dans tout autre cas, il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire quelle est la cause prochaine de la gastrorrhagie. On ne saurait se fonder sur la couleur du sang, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, le simple séjour de ce liquide dans l'estomac suffit pour l'altérer; ni sur l'abondance de l'hématémèse, puisque, dans des cas de simple exhalation, elle a été tout aussi grande que dans les ulcérations et les perforations d'artère. En un mot, il existe sur ce sujet des doutes qui ne pourront peut-être jamais être levés.

Enfin il reste la dernière partie, qui est loin d'être sans importance : *Comment reconnaître, lorsque le vomissement de sang a cessé, que l'hémorrhagie continue à s'effectuer dans l'estomac?* On y parvient en ayant égard à la fois aux symptômes locaux et aux symptômes généraux. Je vais les faire connaître dans le tableau synoptique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Reproduisons d'abord les diagnostics différentiels de la gastrorrhagie, de l'épistaxis et de l'hématémèse.

1° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie et de l'épistaxis, lorsque dans celle-ci le sang, après avoir été avalé, est rendu par la bouche.*

GASTRORRHAGIE.	ÉPISTAXIS.
Commémoratifs. Souvent *symptômes antérieurs* du côté de l'estomac : douleurs, troubles des digestions, etc.	*Commémoratifs. Aucun symptôme* du côté des voies digestives.
Vomissements de sang *non précédés* d'hémorrhagies nasales.	Hémorrhagies nasales *avant* les vomissements de sang.
Pas de traces de sang dans les fosses nasales.	*Traces de sang*, caillots mous ou desséchés dans les fosses nasales.

Voyez en outre les réflexions qui suivent ce diagnostic différentiel, dans le tome I, page 13.

2° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie et de l'hémoptysie.*

GASTRORRHAGIE.	HÉMOPTYSIE.
Sang noir, en caillots mous, quelquefois diffluents.	*Sang rouge, spumeux*, dans le plus grand nombre des cas.
Sang rejeté par le *vomissement* après des *nausées*, des pesanteurs épigastriques, un sentiment de fluctuation, des douleurs d'estomac, etc.	Sang rejeté à la suite d'*efforts de toux* plus ou moins considérables.
Matité dans la région épigastrique.	*Pas de matité* dans la région épigastrique.
Matières alimentaires mêlées au sang.	*Sang pur* ou mêlé aux crachats.
Après l'hémorrhagie, *selles noires*, fétides, contenant du sang.	Après l'hémorrhagie, *selles naturelles*.
Pas de râle sous-crépitant dans la poitrine.	*Râle sous-crépitant* dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine.

3° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie idiopathique et de la gastrorrhagie symptomatique.*

GASTRORRHAGIE IDIOPATHIQUE.	GASTRORRHAGIE SYMPTOMATIQUE.
Troubles de la digestion *nuls ou ne datant que de très peu de temps.*	Troubles *plus ou moins prolongés* de la digestion.
Pas de dépérissement marqué.	*Dépérissement* plus ou moins profond.
Pas de signes de tumeur cancéreuse de l'estomac.	Douleur, *tumeur* à l'épigastre.

Je sais, je le répète, combien ce dernier diagnostic est incertain ; aussi je ne le donne que comme une expression très générale des faits, et j'engage le lecteur à ne pas oublier toutes les restrictions que j'y ai précédemment apportées.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici les caractères propres à faire reconnaître la gastrorrhagie supplémentaire, mais je vais indiquer les signes de la gastrorrhagie, lorsque le sang s'accumule dans l'estomac sans être rejeté au dehors.

4° *Signes qui indiquent que l'hémorrhagie continue lorsque le vomissement de sang a cessé.*

Anxiété, malaise, pesanteur, fluctuation, douleur dans la région épigastrique.
Refroidissement des extrémités, horripilations, sueurs froides et visqueuses.
Affaiblissement, lipothymies, syncopes.
Pouls petit, misérable, filiforme.
Son mat plus ou moins étendu à la région épigastrique.

Pronostic. L'hémorrhagie gastrique est considérée par tous les médecins comme très grave. J'ai cité plus haut quelques cas où, sans être supplémentaire, le vomissement de sang s'est reproduit pendant longues années avec conservation de la santé; mais ces cas doivent être regardés comme tout à fait exceptionnels. L'hémorrhagie supplémentaire des menstrues est la moins grave de toutes, puisque, dans les cas que j'ai rassemblés, elle s'est terminée par la guérison. Mais il faut prendre garde de porter un pronostic favorable avant d'avoir bien étudié la maladie; chez des femmes cancéreuses, par exemple, les menstrues peuvent se supprimer, et alors si l'hémorrhagie gastrique survient, on peut croire à un flux supplémentaire; mais bientôt les progrès de la maladie viennent faire voir qu'on s'était livré à un espoir mal fondé. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie due à une lésion de l'estomac a empêché les règles de se produire à une époque ordinaire, et c'est encore là une source d'erreurs. Il en résulte qu'on ne doit avoir de véritable sécurité que lorsque la gastrorrhagie, ayant lieu à des époques fixes, s'est montrée pendant assez longtemps sans altérer la santé, ou, à plus forte raison, en apportant un soulagement notable. Ces réflexions s'appliquent à la gastrorrhagie survenant dans le cours de la grossesse.

§ VII. — Traitement.

Il est bien peu d'auteurs qui se soient occupés d'une manière particulière du traitement de la gastrorrhagie. Presque tous renvoient le lecteur au traitement des hémorrhagies en général. On conviendra cependant qu'il vaut mieux exposer, à propos de chacune de ces affections, les médications que l'on a dirigées contre elles, puisque chacune a des caractères propres, et que le traitement qu'elles exigent doit varier, sinon dans son essence, du moins dans son mode d'application. D'ailleurs a-t-on le droit d'établir des préceptes généraux, lorsqu'on n'a pas encore songé à se livrer à une étude suffisante des faits particuliers? Je crois donc devoir, dans cet article, entrer dans un assez grand nombre de détails qui, j'en suis sûr, ne paraîtront pas inutiles.

Émissions sanguines. On a, dans cette hémorrhagie, comme dans toutes les autres, mis en usage les émissions sanguines; mais ici se présente d'abord une question particulière : presque tous les auteurs recommandent de n'employer ce moyen que dans les cas de gastrorrhagie active; or, si leur précepte est juste, il est extrêmement difficile de décider si une hémorrhagie, dans certaines circonstances, est active ou passive. Il vaut mieux, par conséquent, considérer, dans l'emploi de ce moyen, quel est l'état du malade et quelle est la cause de la maladie. Si le sujet est vigoureux, pléthorique, s'il s'agit d'une hémorrhagie supplémentaire, dans laquelle la perte de sang, trop abondante, paraît exiger une dérivation, on peut avoir re-

cours à la *saignée* plus hardiment que dans d'autres cas : c'est du moins là ce que nous enseignent les auteurs, car on est bien loin d'avoir fixé d'une manière positive la valeur de la saignée dans la gastrorrhagie.

Si l'on veut avoir la preuve de ce que j'avance, on n'a qu'à parcourir ce que les observateurs nous ont appris à ce sujet. Les uns, tels que Bangius (1), Fr. Hoffmann (2), Storck (3), et un bon nombre des auteurs qui les ont suivis, veulent qu'on emploie la saignée générale avec assez de hardiesse ; d'autres, tels que Tissot (4), Quarin (5), n'accordent pas une grande influence à ce moyen de traitement et en redoutent les effets débilitants. Il est possible que si, au lieu de parler de toutes les gastrorrhagies d'une manière générale, ces auteurs avaient eu égard aux différents cas, leurs conclusions auraient été un peu différentes; mais il n'en est pas moins vrai qu'il n'y a rien de positif sur la valeur de la saignée générale.

La *saignée générale* doit-elle être peu abondante et fréquemment répétée, comme le voulait Sauvages, ou bien doit-on chercher, par une saignée copieuse, à détourner le sang qui se porte vers l'estomac? On comprend que la réponse à ces questions ne sera possible que lorsqu'on pourra la chercher dans un nombre considérable d'observations exactes : toutefois on peut dire d'avance que les effets favorables de la saignée ne sont pas si bien mis hors de doute, qu'on soit autorisé à tirer tout à coup une grande quantité de sang dans une affection où l'anémie peut survenir avec une grande facilité. Quant au côté où l'on doit ouvrir la veine, on ne croit plus aujourd'hui, comme autrefois, qu'il faille choisir le côté gauche, lorsque la rate est malade.

On a appliqué fréquemment, dans les cas de gastrorrhagie, des *sangsues* à l'anus, dans le but d'opérer une dérivation. On cite, à ce sujet, un cas observé par Lespagnol, et dans lequel la guérison du vomissement de sang est attribuée à cette application. Mais on sent qu'un seul cas ne peut servir à décider la question, quelque frappant qu'il paraisse d'ailleurs. Vingt à trente sangsues sont suffisantes. Parmi les observations que j'ai rassemblées, il en est quelques unes où ce moyen a été mis en usage, sans qu'il ait paru avoir aucun effet immédiat digne de remarque. Les *ventouses scarifiées* sont appliquées sur la région épigastrique, et l'on peut rapprocher de ces moyens les *ventouses sèches*, qui tendent à attirer le sang vers la peau. Les ventouses sèches peuvent être appliquées soit sur l'épigastre, soit sur les côtés de la base de la poitrine, soit sur le dos.

Réfrigérants. Les moyens de ce genre appliqués à toutes les hémorrhagies n'ont point été oubliés dans la gastrorrhagie. Ici on peut faire parvenir directement les réfrigérants sur le siége du mal; c'est dans ce but qu'on a prescrit *l'eau froide en boisson* et la *glace fondue dans la bouche;* mais ordinairement on ne se contente pas de cette ingestion d'un liquide froid, et l'on applique encore de la *glace sur l'épigastre.* Les anciens, au rapport de Pittschaft, faisaient appliquer sur le larynx une *vessie remplie d'eau à la glace.* Ce moyen serait l'analogue de l'application du froid sur les testicules, dans les cas d'épistaxis (6). Quoique les observations ne

(1) *Prax. med.*
(2) *Opera omnia*, thes. med., *De vomit. cruent.*, suppl. sec. Gen., 1760.
(3) *Krankh. der Weibe*, vol. II.
(4) *Œuvres complètes* publiées par N. Hallé. Paris, 1810, t. V.
(5) *Obs. sur les malad. chron.*, trad. par Sainte-Marie. Paris, 1807.
(6) Voy. t. I, art. *Épistaxis*.

puissent pas nous apprendre quel est l'effet positif du froid dans la gastrorrhagie, on ne saurait se dispenser de l'employer, à cause de son effet dans les cas du même genre ayant pour siége d'autres organes. Fr. Hoffmann cite un cas dans lequel l'*immersion des pieds et des mains dans l'eau froide* arrêta une hématémèse assez considérable.

Acides. Les acides ont dû nécessairement être employés dans la gastrorrhagie; aussi les voyons-nous dès longtemps recommandés. Si l'on pouvait établir d'une manière certaine une distinction entre les gastrorrhagies active et passive, on trouverait probablement que les acides conviennent surtout dans cette dernière; mais en l'absence de renseignements précis, on ne peut présenter que des généralités.

Parmi les *acides végétaux*, ce sont principalement le *suc de citron*, le *vinaigre* étendu d'eau ou *oxycrat*, le *suc de grenades*, qui ont été mis en usage. Marx recommande l'usage de l'*eau saturée de gaz acide carbonique* : ce médicament peut avoir à la fois pour effet d'arrêter l'hémorrhagie et de s'opposer au vomissement.

Les *acides minéraux*, qui ont été principalement recommandés par Vicat et Vogel, sont encore plus fréquemment employés. Je me contenterai de renvoyer, pour les doses et les formules, à l'article *Epistaxis*, tome Ier, où elles ont été exposées. J. Frank affirme avoir obtenu des effets étonnants du mélange de la *pulpe acidule de tamarin* avec la *gomme arabique* unies comme il suit :

℞ Pulpe de tamarin.........	60 gram.	Sucre blanc.............	10 gram.
Gomme arabique.........	12 gram.		

Chauffez avec suffisante quantité d'eau, pendant quelque temps; passez. Soixante grammes toutes les deux heures.

J. Frank n'apporte aucune observation à l'appui de ce traitement.

Astringents. Parmi les astringents, il n'en est aucun qui ait été plus souvent employé que l'*acétate de plomb.* Déjà Barthold (1) avait recommandé ce médicament qu'il administrait sous forme de poudre de la manière suivante :

℞ Acétate de plomb.......	0,20 gram.	Gomme arabique......... ..	4 gram.

Mêlez avec soin. Divisez en douze parties égales, dont on prendra trois par jour.

Denton (2) a prescrit l'acétate de plomb à des doses considérables, puisqu'il recommandait la formule suivante :

℞ Extrait sec de ciguë.....	0,25 gram.	Acétate de plomb.	0,15 gram.

Mêlez. Prendre cette dose toutes les deux heures.

D'autres fois on a administré ce médicament sous une autre forme : c'est ainsi que Laidlaw a préconisé, contre l'hématémèse, la potion suivante où l'acétate de plomb est uni à d'autres substances également recommandées.

℞ Acétate de plomb.......	0,80 gram.	Acide acétique affaibli.....	60 gram.
Teinture d'opium.......	4 gram.	Eau distillée............	80 gram.

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les quatre heures.

Il est fâcheux, je le répète, que l'insuffisance des observations ne permette pas de rechercher quels sont les effets réels de ce médicament et quels inconvénients il peut avoir.

(1) *Med. and phys. Journ. Philadelph.*
(2) *The Lond. med. Reposit.*, t. XX, 1823.

Il serait facile d'augmenter la liste des médicaments de ce genre en citant la pratique des médecins des siècles passés qui employaient le *corail rouge*, la *terre sigillée*, le *bol d'Arménie*, etc.; mais ces médicaments n'ont pas assez d'importance pour que je revienne sur ce que j'en ai dit à propos de l'épistaxis. Il en est d'autres, au contraire, dont il importe de parler : ce sont le *ratanhia*, l'*ergot de seigle* et le *tannin*.

Le *ratanhia* a été moins fréquemment mis en usage dans cette hémorrhagie que dans la plupart des autres. Cependant je trouve, dans l'une des observations que j'ai rassemblées, un fait qui semblerait en prouver l'efficacité. Dans un cas observé par M. le docteur Havy, et qui était remarquable par le dépérissement du malade et la gravité des symptômes antécédents, l'hémorrhagie, qui se reproduisit à plusieurs reprises, sembla toujours être arrêtée dès qu'on eut recours à l'usage d'une potion dans laquelle entrait le ratanhia. Toutefois il faut reconnaître que ce cas est loin de suffire, puisque, comme nous l'avons vu, c'est une marche naturelle à la gastrorrhagie de s'arrêter pour se reproduire plus tard, et qu'il peut n'y avoir eu qu'une simple coïncidence. On pourra prescrire la potion suivante :

℞ Extrait de ratanhia de... 1 à 4 gram.	Sirop tartarique........... 30 gram.
Eau de rose............. 120 gram.	

L'*ergot de seigle* a été administré en poudre, soit seul, soit mêlé avec le *tannin;* on peut donner ces deux médicaments associés ainsi qu'il suit :

℞ Ergot de seigle........... 1 gram.	Tannin................. 0,50 gram.

Diviser en deux paquets, à prendre un le matin et un le soir.

Toutefois ces médicaments ont été bien moins souvent administrés dans la gastrorrhagie que dans la *métrorrhagie;* nous y reviendrons à l'occasion de cette dernière affection.

Styptiques; ferrugineux. Parmi les styptiques mis en usage, il faut citer principalement l'*alun*, le *sulfate de fer* et le *sulfate de cuivre.* Mais comme aucun des auteurs qui les ont recommandés n'est entré dans des détails suffisants à cet égard, je ne crois pas devoir citer toutes les formules, car il n'est pas certain que l'usage de ces médicaments soit innocent, et nous n'avons rien de positif en faveur de leur efficacité. Je me contenterai donc d'indiquer la suivante, proposée par Jos. Frank :

℞ Alun.................. 1,025 gram.	Sirop d'écorce de cinnamomum.. 15 gram.
Mucilage de gomme arabiq. 30 gram.	Eau de fontaine............. 240 gram.

A prendre par cuillerées.

Il est quelques *sels de fer*, et en particulier le *carbonate*, qui ont été recommandés par Hoffmann et Tissot. C'est surtout dans les cas où l'on attribue la maladie à une suppression des règles que l'on a recours aux préparations ferrugineuses. D'après Fr. Hoffmann, il est arrivé plusieurs fois qu'en faisant reparaître les menstrues à l'aide de ce médicament, on a vu la gastrorrhagie cesser pour toujours ; mais je reviendrai sur ce point quand je parlerai du traitement propre à la gastrorrhagie supplémentaire.

Antispasmodiques et narcotiques. Les antispasmodiques et les narcotiques ont été également mis en usage, et parmi eux il n'en est pas qu'on ait plus fréquemment employés que l'*opium.* On n'est pas d'accord sur la préparation opiacée qu'il con-

vient d'administrer. Les uns veulent, avec Jos. Frank, qu'on donne l'opium dans une émulsion de la manière suivante :

℞ Opium pur........... 0,05 gram. | Émulsion arabique...... 180 gram.
A prendre par cuillerées.

D'autres recommandent d'unir l'*opium avec les acides minéraux* ; d'autres veulent qu'on se contente d'administrer des *lavements laudanisés*, élevant la dose du laudanum à quinze gouttes pour un lavement de cent quarante grammes de décoction de mauve (Jos. Frank). Vogel remplace le laudanum par une *décoction de feuilles de jusquiame*. Il serait impossible de dire si quelques unes de ces préparations ont plus d'utilité que les autres ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'un grand nombre d'auteurs ont mis en usage les narcotiques, et on le conçoit facilement, puisque dans cette affection il est important d'assurer le repos des organes affectés.

Kæmmerer (1) préfère la *belladone* à l'opium, et il affirme avoir obtenu des succès réels par son emploi.

Quelques objections se sont élevées contre l'usage des narcotiques, et surtout contre celui de l'opium : la seule qu'il importe d'indiquer ici est celle de Joseph Frank, qui craignait qu'en supprimant les selles, ce médicament ne déterminât la rétention des caillots sanguins dans le tube intestinal ; mais il est évident que cette crainte ne doit pas empêcher de combattre l'hémorrhagie par les narcotiques, puisqu'il n'est nullement prouvé que la rétention des caillots sanguins ait de graves inconvénients, tandis que la reproduction de l'hémorrhagie en a d'incontestables.

Vomitifs. Doit-on employer les vomitifs dans la gastrorrhagie ? Suivant le docteur Sheridan (2), on ne saurait en douter. Cet auteur rapporte deux cas dans lesquels l'hémorrhagie gastrique a cédé après l'administration de l'*ipécacuanha* à dose vomitive ; mais quelle a été la part du médicament dans la terminaison heureuse ? C'est ce qu'on ne saurait dire, parce que les cas ne sont pas suffisamment spécifiés. Pour quiconque lira attentivement les observations, il sera évident qu'on ne peut point se prononcer d'une manière aussi positive sur l'influence des vomitifs dans cette maladie, et qu'il est permis, au contraire, d'avoir quelques craintes sur les suites de leur administration, au moins dans un assez bon nombre de cas : si, par exemple, le sang est versé par une ulcération, n'est-il pas évident qu'en débarrassant l'estomac des caillots, on tend à favoriser l'hémorrhagie plutôt qu'à l'arrêter ? Ces considérations suffiront pour rendre le praticien très prudent, au moins jusqu'à ce que des observations plus exactes et plus nombreuses soient venues parler en faveur de cette médication. Ajoutons, au reste, que c'est presque toujours l'ipécacuanha qui a été mis en usage. Le docteur de Mez a prescrit ce médicament à la *dose de* 0,15 *grammes toutes les heures*.

D'autres médecins veulent qu'on se contente de *titiller la luette et l'isthme du gosier* pour provoquer le vomissement.

Quant aux *purgatifs*, ils sont moins souvent employés encore. Portal (3) s'est

(1) *Emploi de la belladone contre les vomissements de sang* (*Bull. des sc. méd.*, de Férussac, mai 1825).
(2) *Trans. of the assoc. of fellows and licent.* Dublin, 1824.
(3) *Mém. de la Soc. d'émulation de Paris*, t. II.

même élevé contre leur usage, et en a signalé les inconvénients; aussi tout ce que l'on s'est contenté de faire, c'est d'administrer de *légers minoratifs*. Jos. Frank propose le suivant :

℞ Racine de rhubarbe........	2 gram.	Miel pur................	30 gram.
Gomme arabique..........	15 gram.	Eau....................	300 gram.

Faites bouillir pendant une demi-heure. A prendre par cuillerées.

Je me bornerai à faire remarquer que nous n'avons aucune preuve que les médicaments de ce genre aient une utilité réelle, et qu'ils peuvent avoir les inconvénients des précédents.

Moyens divers. Que dire maintenant d'un bon nombre d'autres moyens, comme le *vésicatoire sur l'abdomen*, *les onctions* sur cette partie avec un *liniment camphré et oléagineux*, comme le voulait Hoffmann; l'emploi de l'*eau de laurier-cerise*, de l'*huile de térébenthine*, du *millefeuille*, etc.? Évidemment les faits sont insuffisants pour qu'on puisse avoir la moindre idée sur leur valeur.

Traitement de la gastrorrhagie à ses diverses périodes. Je viens de faire connaître le traitement de la gastrorrhagie *pendant les vomissements de sang*; mais *dans les intervalles, et surtout lorsqu'il existe les symptômes signalés plus haut, que doit-on faire?* Pour répondre à une semblable question, il faut nécessairement distinguer les cas : Si, par l'inspection attentive, on parvient à s'assurer que l'*hémorrhagie continue à se faire dans l'intérieur de l'estomac*, il faut insister avec force sur les moyens précédents. L'essentiel, en effet, n'est pas d'empêcher le vomissement de sang, mais d'arrêter l'écoulement dans sa source. Si l'on reconnaît, au contraire, que l'*écoulement de sang ne continue pas*, et que l'anxiété, la pesanteur à l'épigastre, etc., dépendent de la plénitude de l'estomac, et, sans doute, de la présence de caillots dans sa cavité, convient-il de débarrasser cet organe? Ce que j'ai dit plus haut a dû faire comprendre tout le danger qu'il pourrait y avoir à agir ainsi; les symptômes produits par la présence des caillots dans l'estomac peuvent être très incommodes sans doute, mais ils ne sont rien en comparaison du danger qu'il y aurait à provoquer un nouvel écoulement de sang dont on ne saurait prévoir l'abondance. En pareil cas donc, un repos absolu, l'application du froid sur l'épigastre, de la glace dans la bouche, sont les seuls moyens qu'on doive mettre en usage, laissant à l'estomac le soin de se débarrasser plus tard des matières qu'il contient. Il n'en serait peut-être pas de même si cet organe était très fortement distendu, et s'il en résultait un malaise excessif. Malheureusement l'observation ne nous a rien appris sur ce point.

J'ai dit, dans la description des symptômes, que les *coliques* et le *développement de gaz dans l'intestin*, qui annoncent le passage du sang de l'estomac dans la partie inférieure du tube digestif, et qui précèdent les déjections sanglantes, ont lieu, en général, quelque temps après la cessation du vomissement; en pareil cas, on recommande, pour favoriser ces déjections, de légers *lavements purgatifs*, qui, sous ce rapport, peuvent avoir, en effet, de l'utilité, mais qui ne sauraient être placés que parmi les adjuvants. De simples lavements émollients suffisamment répétés remplissent aussi cette indication.

Lorsque le vomissement de sang a complétement cessé, le [illegible] point encore fini dans la majorité des cas. Souvent, en effet, [illegible]

propres à rétablir les forces du malade profondément débilitées, et parfois il faut avoir recours à des médications particulières pour combattre la cause même de l'hémorrhagie. L'anémie qui résulte des pertes de sang abondantes, et la faiblesse qui en est la conséquence, sont combattues par les *toniques* et les *analeptiques*, parmi lesquels on met principalement en usage le quinquina et les jus de viande. Si l'anémie était rebelle et tendait à se prolonger, il faudrait la traiter de la manière qui a été indiquée dans l'article consacré à cette affection (1). Il est donc inutile d'insister sur ce point; mais il n'en est pas de même relativement à la seconde partie de la question que je viens de poser; car on sent combien il est important de prévenir le retour d'un accident aussi grave que la gastrorrhagie. Cela nous conduit à dire un mot du traitement des diverses espèces d'hémorrhagie gastrique.

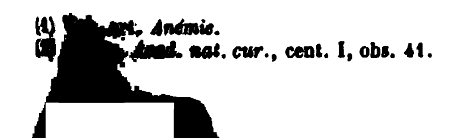
Traitement de la gastrorrhagie supplémentaire. La gastrorrhagie qui est la conséquence de la suppression des règles, lorsque d'ailleurs il n'y a point de symptômes d'une affection chronique de l'estomac qui rendrait compte et de la suppression du flux naturel et de l'apparition du flux accidentel, ne doit être arrêtée que lorsque la quantité de sang rendu dépasse d'une manière notable celle du flux menstruel. Lorsque l'hémorrhagie a cessé, on doit chercher à rétablir le flux normal par les divers moyens connus. Ainsi l'application de quelques sangsues aux parties génitales vers l'époque des règles, la vapeur d'eau dirigée vers le bassin, les emménagogues peu violents, seront mis en usage. Tissot veut que l'on emploie les ferrugineux en pareil cas; mais Cullen s'oppose à ce que ce médicament et ceux qu'on administre pour rappeler les menstrues soient mis en usage, parce que, dit-il, ils sont propres à rendre plus violente l'hématémèse active qui existe en pareil cas. Il est fâcheux que les médecins qui se sont prononcés sur ce point n'aient point soutenu leur opinion par des faits. Les craintes de Cullen paraissent exagérées.

On a vu, et Lanzoni (2) en cite un exemple remarquable, le mariage faire cesser un vomissement de sang supplémentaire, qui s'était reproduit à plusieurs reprises; en pareil cas, tantôt c'est la réapparition des menstrues qui a coïncidé avec la cessation du vomissement, et tantôt c'est la grossesse.

Traitement de la gastrorrhagie pendant la grossesse. Dans les cas d'hémorrhagie gastrique survenant dans la grossesse, faut-il avoir recours à quelque traitement particulier? Rien ne le prouve. Avoir soin que l'écoulement de sang ne soit pas trop abondant, calmer la maladie, telles sont les précautions à prendre. Du reste, pour modérer l'abondance de l'hémorrhagie, on fera usage des moyens précédemment indiqués.

Traitement de la gastrorrhagie scorbutique. Nous avons vu plus haut que le vomissement de sang avait été observé chez des sujets présentant des signes d'un état scorbutique. En pareil cas, il faut insister sur l'administration des acides minéraux, soutenir les forces par les toniques, et mettre en usage les divers moyens indiqués à l'article *Scorbut*, moyens qui doivent être également employés dans les cas d'hémorrhagie dite constitutionnelle.

Accident de la gastrorrhagie qu'il faut connaître pour y remédier promptement. Il peut survenir, pendant le vomissement de sang, un *accident* qu'il est très



(1) ...art. *Anémie.*
(2) ...*Acad. nat. cur.*, cent. I, obs. 41.

important de connaître, et dont P. Frank a rapporté un exemple remarquable. Chez un sujet, en effet, un vomissement de sang abondant ayant eu lieu, des caillots de sang considérables s'arrêtèrent dans l'isthme du gosier et dans la bouche, et déterminèrent une suffocation subite ; le malade, qui était seul, tomba par terre sans connaissance. P. Frank, ayant été appelé, se hâta de débarrasser la gorge, et le malade fut rappelé à la vie. Il faudra donc, toutes les fois qu'il y aura perte de connaissance, inspecter avec soin l'arrière-bouche, afin d'agir de la même manière en pareille circonstance.

Il est un certain nombre de précautions qui s'appliquent à tous les cas, et que je ne dois pas négliger d'indiquer ici.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA GASTRORRHAGIE.

Débarrasser promptement le malade de ses vêtements ; le placer dans un lit frais, la tête légèrement élevée.

Éviter toutes les émotions morales.

Éviter tous les efforts inutiles, et pour cela entretenir la liberté du ventre, etc.

Résumé ; ordonnances. Tel est le traitement le plus généralement prescrit contre cette hémorrhagie grave. Je n'ai point cherché à dissimuler combien il est vague et incertain sur la plupart des points, parce qu'il est bon qu'on sache tout ce qu'il y a encore à faire. Le sujet est très difficile sans doute, car les cas sont variables, et l'imminence du danger fait qu'on s'empresse d'avoir recours à un grand nombre de moyens à la fois ; mais ce n'est pas une raison pour renoncer à étudier ce traitement : c'est seulement un motif de plus de recueillir les observations avec une très grande sévérité. Remarquons, au reste, que l'usage de la saignée modérée, des boissons acides et astringentes, l'emploi du froid à l'intérieur et à l'extérieur, sont les seuls moyens sur l'utilité desquels les auteurs soient d'accord. Parmi les autres, les opiacés et les antispasmodiques comptent le plus d'approbateurs.

Indiquons maintenant dans quelques ordonnances la conduite à suivre dans les principaux cas.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE PEU ABONDANTE, CHEZ UN SUJET ENCORE VIGOUREUX.

1° Pour tisane, limonade citrique.

2° Application de compresses froides sur l'épigastre.

3° Faire fondre des morceaux de glace dans la bouche.

4° Repos absolu. Diète.

Si ces moyens simples n'étaient pas suffisants, et si l'hémorrhagie se prolongeait, on aurait recours à la médication indiquée dans l'ordonnance suivante.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE ABONDANTE OU SE PROLONGEANT OUTRE MESURE.

1° Pour tisane, limonade sulfurique (1).

Ou bien :

(1) Voy. t. I, art. *Épistaxis*.

Infusion de grande consoude, avec addition de

Eau de Rabel........................... 25 à 30 gouttes.

par chaque demi-kilogramme.

2° Potion alumineuse (voy. p. 504).

3° Application du froid à l'intérieur et à l'extérieur.

On se servira avec avantage d'une vessie à demi pleine de fragments de glace, qu'on appliquera soit sur l'épigastre, soit sur les testicules, soit sur le larynx.

4° ℞ Opium pur.......... 0,05 gram. | Émulsion de gomme arabique 180 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

5° Appliquer des sinapismes aux extrémités.

Ou bien : Manuluves et pédiluves sinapisés.

6° Repos absolu. Diète *ut suprà.*

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de multiplier ces ordonnances, attendu qu'il est fort difficile de prévoir les divers cas particuliers, et qu'il est très facile, au contraire, de grouper les moyens précédemment indiqués, suivant les exigences de chacun de ces cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Émissions sanguines; réfrigérants; acides; astringents; styptiques; antispasmodiques, narcotiques; vomitifs, purgatifs; moyens divers.

2° Traitement de la gastrorrhagie à ses diverses périodes.

3° Traitement de la gastrorrhagie supplémentaire.

4° Traitement de la gastrorrhagie pendant la grossesse.

5° Traitement de la gastrorrhagie scorbutique et constitutionnelle.

ARTICLE II.

EMBARRAS GASTRIQUE.

Cette affection est décrite dans les auteurs d'une manière si vague, qu'il est très difficile de s'en faire une juste idée. Les anciens, qui, sous les noms de *dyspepsie*, de *fièvre gastrique*, de *fièvre bilieuse*, réunissaient un certain nombre de maladies différentes, faisaient nécessairement entrer dans leurs descriptions une foule de symptômes qu'il faut aujourd'hui rapporter à d'autres affections. Les modernes, sans tomber absolument dans cette confusion, ont tellement négligé d'étudier la maladie d'après l'observation, qu'ils n'ont point pu parvenir à en tracer exactement les limites. On a été même jusqu'à nier l'existence de l'embarras gastrique, et à en faire une variété de la *gastrite chronique.* M. Roche (1) a, tout récemment encore, émis cette opinion. Cependant il arrive tous les jours dans les hôpitaux, et il est très fréquent de voir en ville, des malades affectés de symptômes très bien caractérisés qu'on ne peut point rapporter à une véritable gastrite, et qui cèdent très promptement au traitement évacuant. Cette affection a donc une physionomie propre ; elle ne peut être confondue avec aucune autre, et sa marche rapide, aiguë, ne permet pas de la rattacher à la gastrite chronique. Il faut par

(1) *Nouv. élém. de path. méd.-chir.*, 4ᵉ édit. Paris, 1844, t. I, p. 455.

conséquent, de toute nécessité, en tracer à part la description et en indiquer le traitement particulier.

J'ai dit plus haut qu'on n'avait pas, en général, demandé à l'observation les documents nécessaires pour étudier l'embarras gastrique; on s'est contenté, presque toujours, de le décrire d'après des souvenirs ou d'après des descriptions antérieures. Le peu de gravité de cette maladie explique cette négligence, qui n'en est pas moins fâcheuse, puisqu'elle nous laisse dans le doute sur un grand nombre de questions importantes. Cependant il faut dire que M. Martin-Solon a fixé son attention sur ce sujet d'une manière un peu plus précise, et surtout qu'il s'est attaché à recueillir des faits propres à éclairer les principaux points de l'histoire de l'embarras gastrique. J'aurai recours dans cet article au mémoire qu'il a publié sur cette affection (1).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Les lésions qui constituent l'embarras gastrique ne nous étant pas connues, et les descriptions des auteurs étant, comme je l'ai dit, très variables, il est assez difficile de donner une définition exacte de la maladie. Cependant, d'après les faits que j'ai consultés, je crois devoir adopter la suivante : L'embarras gastrique est une affection caractérisée principalement par la perte de l'appétit, une saveur amère ou fade à la bouche, un sentiment de plénitude dans l'estomac, du malaise, de la céphalalgie, et la rapidité avec laquelle ces symptômes cèdent aux évacuants. D'après la plupart des autres auteurs, il existerait plusieurs autres symptômes caractéristiques; mais on verra dans la description suivante que ces symptômes sont loin d'être essentiels.

L'embarras gastrique fait partie, comme je l'ai dit plus haut, des affections connues sous les noms de *fièvre gastrique bilieuse*. Il a encore été désigné sous les noms d'*état saburral*, *muqueux*, *saburres de l'estomac*, *embarras bilieux*, *fièvre gastrique saburrale*, etc. J. Frank le décrit, avec plusieurs autres affections mal définies, sous le nom de *febris saburralis secundaria*. Enfin je citerai encore les noms de *febris stomachica*, de *saburral Fieber* des Allemands, et de *febbre gastrica* des Italiens.

On n'a point cherché à déterminer d'une manière précise la *fréquence* de l'embarras gastrique; mais le grand nombre de cas qui, chaque année, s'offre aux médecins, prouve suffisamment qu'elle est fort grande. Nous chercherons plus loin s'il est possible de savoir quelles sont les époques de l'année où cette fréquence augmente.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il est impossible, d'après les observations, de dire s'il y a réellement des causes prédisposantes de l'embarras gastrique. Cependant les auteurs n'ont pas hésité à en admettre un certain nombre. Pour eux l'*été* et l'*automne*, et, suivant quelques uns, le *printemps*, sont les saisons où cette affection se montre principalement. D'après les impressions générales, on peut dire que l'embarras gastrique paraît plus fréquent vers la *fin de l'été*.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 241.

L'habitation dans les *lieux froids et humides*, la *mauvaise nourriture*, les *vêtements insuffisants*, un *travail qui dépasse les forces*, sont encore des causes dont l'existence est généralement admise; mais on sent combien les recherches sur ce point laissent à désirer, car on a eu presque toujours en vue les classes pauvres, dans lesquelles ces circonstances se trouvent constamment réunies; de telle sorte qu'en agissant ainsi, on pourrait les donner comme causes de toutes les maladies.

La *vie sédentaire*, les *travaux d'esprit* et les *veilles prolongées*, sont également rangés dans cette classe de causes. L'embarras gastrique ayant pour symptômes principaux les troubles de la digestion, on est naturellement porté à admettre l'influence de ces causes, sans toutefois pouvoir en tracer les limites.

Les *passions vives*, les *fortes émotions morales*, ont aussi trouvé leur place dans cette liste. Sans nous prononcer d'une manière positive sur ce point, remarquons que, dans une observation rapportée par M. Martin-Solon, l'embarras gastrique s'est manifesté immédiatement après une *grande frayeur*. D'ailleurs nous savons quelle est l'influence des fortes émotions sur les fonctions de l'estomac.

Pour ce qui concerne les *excès habituels* soit dans le régime, soit dans les rapports sexuels, ainsi que la *tristesse prolongée*, nous ne pouvons que les signaler ici en l'absence des renseignements nécessaires.

Quant à l'*âge*, au *sexe*, à *la constitution* et au *tempérament*, on n'a point fait de recherches suffisantes. Voici cependant ce qui résulte de quinze observations empruntées à M. Martin-Solon :

Les observations, ayant été prises dans un hôpital où l'on n'admet que des adultes, ne nous apprennent rien de bien précis relativement à l'*âge*. Toutefois on y voit que tous les âges admis s'y trouvent représentés. On a dit que la *vieillesse* prédisposait principalement à cette affection, qui, en effet, est très fréquente à la Salpêtrière et à Bicêtre, hospices de vieillards.

Sur 14 individus dont le *sexe* est indiqué dans les observations de M. Martin-Solon, 9 étaient des *femmes*. C'est là un renseignement qu'il faut noter, quoique les chiffres ne soient pas assez considérables pour fixer notre opinion.

La *constitution* des malades était généralement forte. Chez le plus petit nombre seulement, le *tempérament* est indiqué comme *bilieux* ou *bilioso-sanguin*.

2° Causes occasionnelles.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les causes occasionnelles, et cela encore faute d'observations convenablement recueillies. On admet que la plupart des causes précédemment mentionnées peuvent, lorsqu'elles surviennent brusquement, donner naissance à l'embarras gastrique. Ainsi un *excès inaccoutumé*, l'usage des *viandes indigestes*, ou d'autres aliments difficilement supportés par l'estomac; une *indigestion* produite par quelque cause que ce soit, telles sont les principales causes excitantes assignées à cette maladie. Disons toutefois qu'on a beaucoup exagéré l'influence de ces causes, en rangeant parmi elles l'emploi d'une multitude de substances alimentaires dont on fait chaque jour impunément usage. Doit-on, par exemple, avec Joseph Frank, dire que les œufs durs, le pain récemment cuit, les melons, etc., sont des causes réelles d'embarras gastrique? On est d'autant moins autorisé à le dire, que cet auteur se voit forcé lui-même

de reconnaître l'existence d'une *constitution annuelle inconnue*, ce qui prouve que les causes occasionnelles ne sont pas aussi faciles à déterminer. Ajoutons qu'on voit souvent des individus être atteints de cette maladie *sans avoir rien changé à leur régime habituel.*

§ III. — Symptômes.

C'est surtout dans la description des symptômes qu'on éprouve une grande difficulté à se renfermer dans des limites bien précises. Nous avons vu, en effet, plus haut, que l'embarras gastrique avait été rapporté à un grand nombre d'états différents : il en résulte qu'on a trouvé des embarras gastriques avec une fièvre forte et prolongée ; avec des accidents intestinaux plus ou moins graves ; avec des troubles cérébraux, comme dans l'épidémie de Tecklembourg, décrite par Finke en 1776 (1) ; avec des accidents fébriles intermittents ou rémittents, comme dans l'épidémie de Lausanne, observée par Tissot en 1755 (2) ; en un mot, avec les symptômes les plus variés. Quant à moi, je vais, d'après les observations que j'ai pu rassembler, tracer un tableau rapide de l'état auquel on peut sans contestation donner le nom d'*embarras gastrique*, et l'on verra que cette maladie est beaucoup plus simple que ne l'ont pensé ces auteurs, qui, sous ce nom, ont évidemment décrit la plupart des affections fébriles graves ou légères.

Un symptôme capital, et qui s'observe dès le *début* de la maladie, est une *anorexie* presque toujours complète. Souvent même il existe le *dégoût* le plus prononcé pour les aliments. Ce symptôme n'a manqué dans aucun des cas observés par M. Martin-Solon.

En même temps les malades se plaignent d'un *goût* tantôt *amer*, tantôt *fade*, tantôt *tout particulier*, mais toujours fatigant et désagréable. La *bouche* est *pâteuse*, et les malades font fréquemment une espèce de mouvement de déglutition, comme pour la débarrasser d'une substance collante qui les incommode. La *langue* est couverte d'un *enduit* plus ou moins épais, que les auteurs ont désigné sous le nom d'*enduit saburral* ou *limoneux ;* il est blanc, ou blanc jaunâtre. M. Martin-Solon a constaté, dans un certain nombre de cas, que l'*haleine* présentait une *fétidité* particulière, à laquelle on a donné le nom d'*haleine saburrale.*

Des *nausées* viennent parfois se joindre à ces symptômes. M. Martin-Solon les a constatées d'une manière positive chez six des sujets qu'il a observés. Plus rarement ce sont des *rapports aigres* ou *nidoreux.* Il est moins fréquent encore d'observer dans l'embarras gastrique ces *vomissements* que nous indiquerons plus loin comme symptômes caractéristiques de la *gastrite.* M. Martin-Solon n'a noté qu'une seule fois le vomissement de matières alimentaires, et une autre fois le rejet de matières amères. Chez un sujet, des *régurgitations bilieuses* sont mentionnées.

Du côté de la *région épigastrique*, nous trouvons, dans la moitié des cas environ, une certaine *anxiété*, de la *gêne*, du malaise, mais *point de véritable douleur ;* cependant chez trois sujets observés par M. Martin-Solon, il y a eu une douleur spontanée assez notable, et l'on pourrait se demander si dans ces cas il existait une

(1) *Hist. de l'épidémie bilieuse qui eut lieu dans le comté de Techlembourg*, trad. par Lugol. Paris, 1815, in-8.

(2) *Dissertatio de febribus biliosis.* Lausanne, 1780, in-12.

gastrite ; mais c'est un point que j'examinerai plus tard (1). La région épigastrique s'est montrée *indolente à la pression* toutes les fois que ce moyen d'exploration a été mis en usage, ce qui malheureusement a été trop souvent négligé.

Quant à la *soif*, jamais elle n'a été notée comme étant vive dans les observations, tandis que, dans certains cas, au contraire, on a constaté qu'elle était nulle.

Le *ventre*, bien conformé, ne présente point de douleur, soit spontanée, soit provoquée. La *constipation*, dans les observations que j'ai rassemblées, s'est montrée d'une manière constante. Il y a eu, il est vrai, dans le cours de la maladie, quelques selles liquides, mais c'est à l'influence du traitement qu'il faut les attribuer. Cependant la plupart des auteurs ont admis comme symptômes de l'embarras gastrique, des selles fréquentes, diarrhéiques, soit muqueuses, soit bilieuses, suivant l'espèce de la maladie. C'est à l'observation ultérieure à nous éclairer définitivement sur ce point ; mais, en attendant, on doit reconnaître que ce symptôme est beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le croire d'après la description des auteurs.

Quel est, au milieu de tous ces symptômes, l'*état de la circulation?* Sur les 15 sujets que j'ai cités plus haut, il en est 7 dont le *pouls* est toujours resté à l'état *normal ;* chez les autres, il y a eu un *mouvement fébrile*, caractérisé principalement par l'accélération du pouls ; mais dans tous les cas la fièvre a été très modérée, de très courte durée, et a cédé facilement aux moyens dirigés contre elle. Le mouvement fébrile n'est donc pas un symptôme essentiel de l'embarras gastrique, et lorsqu'il existe, il n'a qu'une médiocre importance. Une seule fois, en effet, le nombre des pulsations s'est élevé à 104, une autre à 94, et dans les autres il n'a pas dépassé 80.

On a encore donné comme appartenant en propre à l'embarras gastrique une *céphalalgie* frontale gravative qui ne se dissipe ordinairement que lorsque, à l'aide d'un traitement convenable, on a fait cesser la maladie. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu occasion de noter l'existence de cette céphalalgie ; malheureusement, lorsqu'il s'agit de déterminer sa fréquence, on est embarrassé à cause de l'insuffisance des observations. M. Martin-Solon ne l'a signalée que dans deux cas. Dans les autres elle n'a pas attiré son attention, si ce n'est dans un où il a signalé son absence.

A ces symptômes se joignent dans quelques cas, un malaise général, de la *courbature*, le brisement des membres, rarement un peu *d'insomnie*.

L'*état de la face* est encore un point sur lequel les auteurs ont insisté. On a indiqué comme propre à l'embarras gastrique, décrit sous le nom d'*embarras bilieux*, la coloration jaunâtre des lèvres et des sclérotiques, et surtout du trait naso-labial. M. Martin-Solon n'a signalé cet état qu'une seule fois ; dans un autre cas, la face était légèrement injectée. Ainsi donc, quoiqu'il soit certain que cet état de la face se montre dans l'embarras gastrique, nous ne pouvons pas dire dans quelle proportion des cas.

Nous n'avons point parlé, dans cette description, de la *salivation*, des *aphthes*, du *hoquet*, des *douleurs des hypochondres*, et d'un certain nombre d'autres symptômes mentionnés par les auteurs, parce que ces phénomènes, qui ne se montrent que

(1) Voy. art. *Gastrite*.

dans un très petit nombre de cas, et qui sont tout à fait secondaires, n'ont pas été signalés dans les observations que j'ai rassemblées.

Quant aux *urines*, elles étaient presque toujours *rares et sédimenteuses*, et cela même dans des cas qu'on pouvait rapporter à cette forme d'embarras gastrique désignée sous le nom de *pituiteuse* ou *muqueuse*, et dans laquelle, suivant quelques médecins, les urines sont pâles et sans sédiment.

Formes de l'embarras gastrique. Devons-nous maintenant décrire séparément les diverses formes qu'on a cru voir dans l'embarras gastrique? Les auteurs ne s'étant pas expliqués sur ce point avec précision, on ne peut établir une pareille division sur des bases solides. Disons seulement que dans les cas où la bouche est fade, où la face est pâle ou naturelle, et où les matières vomies n'ont ni coloration jaune ni amertume, on dit qu'il y a *embarras gastrique muqueux ou pituiteux*; que dans ceux, au contraire, où la face est jaunâtre, la bouche amère, les évacuations bilieuses, on dit qu'il y a *embarras gastrique bilieux*. Cette distinction n'a aucune importance pour le traitement.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'embarras gastrique est, comme je l'ai dit plus haut, aiguë et généralement rapide. Lorsque les malades, sans employer le traitement évacuant, se mettent aux boissons acidulées, au repos et à la diète, il est ordinaire de voir cette affection se dissiper au bout de huit ou dix jours. Mais s'ils veulent se forcer à prendre des aliments, à travailler; en un mot, s'ils ne prennent aucune précaution hygiénique, la maladie peut se prolonger notablement, comme on le voit dans les observations de M. Martin-Solon, où des sujets sont entrés à l'hôpital après vingt et vingt-sept jours de maladie. C'est sans doute cette prolongation des symptômes qui a fait croire à des auteurs qu'on pouvait rapprocher l'embarras gastrique de la gastrite chronique.

Je viens d'indiquer la *durée* de la maladie dans les cas les plus ordinaires, et lorsque le traitement par les évacuants n'est pas mis en usage. Nous verrons à l'article du traitement combien les moyens de ce genre abrégent cette durée.

Quant à la *terminaison*, elle est constamment heureuse, et les médecins même qui ont confondu l'embarras gastrique avec d'autres états plus graves ont attribué la mort, dans le cas où elle est survenue, non pas à cet embarras gastrique lui-même, mais à une fièvre grave dont l'affection qui nous occupe n'a été que le prélude. Je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'en pareil cas on a pris pour de simples symptômes d'embarras gastrique les signes d'une autre affection à son début, et que par conséquent il y a eu erreur de diagnostic.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je viens de dire que la terminaison de l'embarras gastrique est constamment heureuse; il s'ensuit donc qu'on n'a jamais pu constater l'état de l'organe malade, et qu'on ne peut rien dire sur les lésions anatomiques qui soit le résultat de recherches positives. Mais, d'après la nature des symptômes, peut-on présumer celle des lésions? Plusieurs médecins, se fondant sur les troubles de la digestion, sur la douleur qui existe quelquefois à l'épigastre, sur le léger mouvement de fièvre que

l'on observe dans certains cas, n'ont pas hésité à voir, dans l'embarras gastrique, une véritable gastrite à un très faible degré d'intensité. Mais rien n'autorise à admettre l'existence d'une inflammation. Sauf les troubles de la digestion, les autres symptômes que je viens de mentionner manquent dans un bon nombre de cas, et en outre nous verrons plus loin un simple vomitif faire promptement disparaître tous les accidents, ce qui ne paraît pas s'accorder avec l'existence d'une gastrite. Toutefois reconnaissons que ces raisons ne sont pas péremptoires, que ce sont de simples présomptions, et suspendons notre jugement jusqu'à ce que des faits positifs viennent, si la chose est possible, nous éclairer sur ces questions obscures.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Si l'on admettait comme de véritables embarras gastriques les diverses maladies décrites par les auteurs, on éprouverait des difficultés insurmontables à établir le diagnostic. On comprend donc facilement l'incertitude dans laquelle la plupart d'entre eux se sont trouvés lorsqu'il s'est agi de distinguer l'affection qui nous occupe de toutes celles qui peuvent s'en rapprocher. En renfermant la maladie dans les limites que nous lui avons assignées, la question devient moins insoluble ; mais elle ne laisse pas de présenter encore des difficultés considérables. Rappelons-nous que M. Louis (1) nous a dit qu'ayant voulu comparer les cas d'embarras gastrique avec ceux de gastrite, il a été obligé d'y renoncer, tant il a éprouvé de difficulté à distinguer ces deux affections. Cela prouve qu'il est un certain nombre de cas qui se rapprochent tellement, qu'on chercherait en vain à les séparer ; cela prouve aussi peut-être que l'embarras gastrique est sur la limite de la gastrite véritable, et ce ne serait pas là un faible argument pour ceux qui attribuent cette affection à une inflammation de l'estomac. Il est cependant un assez bon nombre de cas suffisamment tranchés pour que le diagnostic puisse être établi. Quant à ceux qui restent indécis, c'est à l'observation ultérieure à chercher quels sont les signes propres à les caractériser.

C'est d'abord de la *gastrite légère* qu'il importe de distinguer avec soin l'embarras gastrique. Or les signes différentiels qui ont été invoqués par les auteurs sont bien loin d'avoir la valeur qu'on leur a attribuée. Voici, en effet, le résumé que nous en ont donné les auteurs du *Compendium* (2). « On peut, disent-ils, confondre avec l'embarras gastrique la gastrite légère ; mais, dans cette dernière affection, la langue est rouge, nette, la soif vive, la sensibilité de l'épigastre plus marquée, les *envies de vomir moins opiniâtres ;* la saveur amère, le malaise général, la céphalalgie moins prononcés. La *constipation*, l'exaspération des symptômes par l'effet d'un vomitif, achèveront de faire reconnaître la gastrite. » Il y a assurément bien des inexactitudes dans cette appréciation des symptômes, comme on le verra mieux encore quand j'aurai tracé la description de la gastrite. La rougeur de la langue n'est nullement un signe de la gastrite ; il n'est pas exact de dire que les envies de vomir sont moins opiniâtres dans cette affection, car c'est précisément le contraire. Quant à la constipation, elle est, comme nous venons de le voir, un symptôme de l'embarras gastrique aussi bien que de la gastrite, et au lieu de dire que

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1841.
(2) Tome II, art. *Embarras gastrique*.

l'exaspération des symptômes de cette dernière a lieu par l'effet d'un vomitif, il eût été mieux de dire que la prompte amélioration déterminée par ce moyen dans l'embarras gastrique est un des meilleurs signes différentiels. Pour nous donc, ce qui distingue l'embarras gastrique de la gastrite, c'est la céphalalgie frontale, l'amertume, la fadeur de la bouche, la grande rareté des vomissements bilieux, qui sont au contraire fréquents dans la gastrite ; le peu de douleur à l'épigastre, surtout sous la pression, et enfin l'absence de fièvre, dans un certain nombre de cas, et sa faible intensité dans les autres. Ces signes différentiels paraîtront bien plus positifs quand j'aurai fait l'histoire de la gastrite.

Je renvoie aux articles *Ramollissement de l'estomac* et *Gastrite chronique* le diagnostic différentiel de ces affections et de l'embarras gastrique. Quant à la *gastrorrhée*, qui, ainsi que nous le verrons plus loin, est presque toujours un symptôme de la *gastralgie*, elle se distingue suffisamment de l'embarras gastrique par les vomissements de matières blanches et filantes, qui ont lieu presque toujours le matin, par la conservation de l'appétit, et par sa chronicité.

Reste une affection dont il est bien plus difficile de distinguer l'embarras gastrique : c'est la simple *courbature*, accompagnée ou non de cette *fièvre éphémère* qui peut faire craindre d'abord le développement d'une maladie grave, et qui se dissipe si promptement sous l'influence du repos et du régime. Dans ces cas, en effet, l'appétit est plus ou moins diminué, il y a même quelquefois dégoût pour les aliments. Cette question de diagnostic est donc importante ; mais il serait prématuré de la traiter maintenant : je crois devoir la renvoyer aux articles consacrés à la courbature et à la fièvre éphémère, où j'étudierai avec soin les faits que j'aurai pu rassembler. Pour le moment donc, il suffira de présenter en tableau le diagnostic différentiel de l'embarras gastrique et de la gastrite aiguë légère.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de l'embarras gastrique et de la gastrite aiguë légère.

EMBARRAS GASTRIQUE.	GASTRITE AIGUE LÉGÈRE.
Saveur *amère*, fade, désagréable.	Saveur *amère et désagréable nulle* ou *peu prononcée*.
Gêne dans la région épigastrique *plutôt que douleur ; dégoût* pour les aliments.	*Douleur épigastrique* spontanée et à la pression ; *point de dégoût* pour les aliments.
Nausées rares ; vomissements bilieux *plus rares* encore.	Nausées ; vomissements bilieux *répétés*.
Céphalalgie frontale *persistante*, *souvent très incommode*.	Céphalalgie *moins persistante*, *moins incommode*, et en rapport avec le mouvement fébrile.
Fièvre *nulle* ou très légère.	Fièvre presque toujours *assez marquée*.

Pronostic. Ce que j'ai dit de la terminaison constamment heureuse de la maladie me dispense de m'occuper du pronostic.

§ VII. — Traitement.

Si l'on renferme l'embarras gastrique dans les limites que je lui ai assignées, le traitement devient extrêmement simple ; il ne s'agit, en effet, que d'employer presque exclusivement la méthode évacuante. Les auteurs n'ont pas agi ainsi, et c'est peut-être là la cause de l'extrême confusion qui règne dans l'histoire de l'embarras

gastrique. Pour eux, en effet, il faut rechercher s'il y a eu écart de régime, excès de table; si l'estomac a été irrité ou longtemps débilité, etc. Mais on voit facilement qu'ils ont appliqué le traitement et à des indigestions, et à des gastralgies anciennes, et même à de véritables gastrites. On peut dire, d'une manière certaine, que toutes les fois que l'existence d'un véritable embarras gastrique a été bien établie, les vomitifs en ont promptement triomphé. Cette circonstance seule suffirait pour faire une maladie à part de l'état dont il est ici question.

Vomitifs. On administre très fréquemment aux adultes le *tartre stibié* à la dose de 5 centigrammes dans un demi-verre d'eau, pris en une fois; si l'on veut employer cette substance chez les enfants, on la donnera en potion, ainsi qu'il suit :

℞ Eau distillée de tilleul..	120 gram.	Sirop de sucre............ 25 gram.
Tartre stibié..........	0,10 gram.	

A prendre par cuillerées, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à production de quatre ou cinq vomissements.

Il est essentiel de mettre dans la potion une dose un peu élevée de tartre stibié, parce qu'elle n'agirait pas assez vite, et que presque toujours les enfants, dès que les nausées se manifestent, refusent obstinément de nouvelles doses de la potion. Mais, d'un autre côté, il faut surveiller l'administration du médicament, de crainte que les évacuations ne soient trop abondantes.

Beaucoup de médecins préfèrent le tartre stibié à l'*ipécacuanha*, parce que les effets de cette dernière substance sont plus infidèles; d'autres, au contraire, regardent l'ipécacuanha presque comme un spécifique dans les cas d'embarras gastrique; de ce nombre est M. Martin-Solon, qui le prescrit à la *dose de* 1,25 *grammes ou de* 2 *grammes suivant les cas.* On fait prendre ce médicament en poudre, et en deux ou trois fois, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

Il est impossible de se prononcer d'une manière très positive sur la préférence à accorder aux divers vomitifs; toutefois il faut dire que l'essentiel est de produire le vomissement, et que par quelque substance qu'il ait été provoqué, il est suivi d'un prompt rétablissement. Dans les observations recueillies par M. Martin-Solon, le traitement, lorsque l'embarras gastrique était simple, a varié de deux à trois jours; et ce qu'il importe de noter, c'est que, parmi ces cas, il en est plusieurs où l'on voit le début de la maladie remonter à quinze et vingt-cinq jours. Dans plusieurs, aussi, les évacuations sanguines avaient été pratiquées sans succès.

Purgatifs. Nous avons vu que la constipation était un symptôme ordinaire de l'embarras gastrique; il n'est presque jamais nécessaire de combattre ce symptôme, qui cesse immédiatement après l'effet du vomitif. S'il en était autrement, des *purgatifs* légers comme l'eau de Sedlitz, la *limonade magnésienne*, 15 grammes de sulfate de soude dans un verre d'eau, 30 grammes d'huile de ricin, triompheraient de la constipation en même temps qu'ils feraient disparaître les dernières traces de l'embarras gastrique, s'il en restait encore.

Émissions sanguines. Un peu de douleur existant à la région épigastrique et un léger mouvement fébrile ayant pu faire croire à une inflammation de l'estomac, on a fréquemment employé les émissions sanguines. C'est presque toujours les *sangsues*, appliquées à l'épigastre, au nombre de quinze à trente, qui sont mises en usage. Si nous examinons, dans le but d'apprécier la valeur de ce traitement,

les observations que j'ai rassemblées, nous voyons que ces applications de sangsues ont eu parfois pour effet de diminuer ou de faire disparaître la douleur épigastrique; mais il faut noter avec soin que, dans aucun cas, elles n'ont réussi à dissiper les symptômes propres à l'embarras gastrique. On ne devra donc y avoir recours que dans le cas où la douleur sera vive, ne point insister sur leur usage, et arriver promptement à l'emploi des vomitifs, si efficaces en pareil cas.

Régime. Pendant le cours de la maladie, la *diète* est nécessaire, et, dans presque tous les cas, le dégoût des malades pour les aliments les porte à s'y soumettre eux-mêmes. Mais dès qu'on a triomphé de la maladie, l'appétit se réveille, et l'on peut sans crainte prescrire des aliments légers. C'est ainsi que dans le plus grand nombre des cas, dès le lendemain de l'administration du vomitif, on a pu accorder des potages et donner une alimentation plus substantielle le jour suivant. On augmente ensuite rapidement l'alimentation, sans qu'on ait à craindre l'irritation de l'estomac, dont il y a quelques années encore on avait une si grande frayeur.

Il est inutile de donner des ordonnances et de présenter un résumé pour un traitement si simple.

ARTICLE III.

GASTRITE SIMPLE AIGUE.

C'est, de l'aveu de tout le monde, une question extrêmement difficile que celle de la gastrite aiguë. On sait combien de discussions elle a soulevées et par combien de phases différentes a passé l'histoire de cette maladie, surtout dans ces vingt dernières années. Les anciens n'élevaient pas de doute sur son existence; mais il est facile de s'assurer qu'ils n'avaient point une idée exacte de ses symptômes. On trouve déjà dans Hippocrate (1) des passages qui se rapportent à des maladies dans lesquelles il y a eu des symptômes assez notables du côté de l'estomac, mais que l'on ne saurait regarder entièrement comme de simples gastrites. Galien (2) et les auteurs qui l'ont suivi n'ont pas été plus précis. Que savons-nous, en effet, de la gastrite lorsque nous lisons dans Hippocrate le passage suivant : « Præcordiorum » dolores cum febre; si dolor intensus ad occiput progressus fuerit repente, » occidunt convulsivo modo » ; ou bien ces mots dans Celse (3) : « At si inflammatio » aliqua est, dolor et tumor sequitur? » Je ne rechercherai donc pas dans les divers auteurs anciens ce qui peut avoir un rapport plus ou moins direct avec une maladie qu'ils ne pouvaient pas suffisamment distinguer.

Dans les siècles derniers, outre les auteurs des traités de pathologie interne, un très grand nombre de médecins ont publié des dissertations sur la gastrite. Mais il suffit de remarquer combien étaient vagues encore nos connaissances sur ce sujet il y a peu d'années, pour s'assurer que, loin d'avoir éclairé l'histoire de cette affection, ces nombreux travaux n'ont servi qu'à y introduire la plus grande confusion. On trouve dans les écrits de Fr. Hoffmann (4), de Van-Swieten (5), de Debaen (6),

(1) *De victu acutorum*, §§ III et VI, et *Coacæ prænotiones*, § II.
(2) *De erysipelate stomachi*.
(3) *De re medica*, lib. IV, cap. v.
(4) Tome IV, *De febre stomachica inflammatoria*.
(5) *Comm. in Boerhaavii aphorismos*, t. III, § 951 et suiv.
(6) *Rat. med.*, passim.

de Stoll, de Sauvages (1), de Cullen (2), etc., etc., un ou plusieurs articles consacrés à l'inflammation de l'estomac; mais c'est dans ces articles que la confusion dont je parlerais tout à l'heure est surtout remarquable. J'en dirai autant du chapitre de P. Frank (3), qui a fait de vains efforts pour simplifier une question insoluble pour lui.

A l'époque où régnait le système de Broussais, on s'est beaucoup occupé de la gastrite, et l'on a, comme chacun sait, exagéré outre mesure l'importance et la gravité de cette affection; mais a-t-on jeté plus de lumière sur ce sujet difficile? Quoi que l'on en ait dit, il faut reconnaître que le diagnostic de la gastrite n'a nullement été éclairé par les observations de Broussais. J'ai, en effet, analysé les observations rapportées par ce médecin célèbre, et il m'a été impossible d'y reconnaître une gastrite simple. J'ai même pu constater, ce qui paraîtra difficile à croire à ceux qui n'ont pas lu attentivement le *Traité des phlegmasies chroniques*, que chez plusieurs des sujets qu'il a observés, le point de départ des symptômes ne paraît pas avoir été dans l'estomac.

Il est résulté de tous ces travaux, qui ne sont pas fondés sur l'observation exacte, une incertitude extrême sur tout ce qui a rapport à la maladie dont nous nous occupons. Et quelle en a été la dernière conséquence? C'est qu'après avoir admis très légèrement, pendant plusieurs années, l'existence fréquente de la gastrite, les médecins paraissent aujourd'hui portés à la révoquer complétement en doute.

On ne sera donc pas surpris si, dans le cours de cet article, je ne signale guère les travaux antérieurs que pour les critiquer. Si l'on veut arriver à un résultat positif, il faut, en effet, avoir recours à des documents tout nouveaux, dans l'étude desquels on ait mis toute l'exactitude possible, on ait employé les moyens de diagnostic acquis depuis peu, et l'on ait mis de côté toute espèce de préoccupation. Pour parvenir à ce résultat, j'ai réuni dix-sept observations qui ont été prises avec tout le soin désirable, et dans lesquelles le diagnostic a été rigoureusement porté (4).

Quant aux cas de gastrite publiés par les auteurs, je les ai également rassemblés et analysés, afin de les comparer à ceux qui font la base de cet article. Parmi eux on en trouve huit qui ont été recueillis par M. Andral (5), et qui ont eu une issue funeste. Je dois d'abord dire ici d'une manière générale que les faits rapportés par cet auteur sont très extraordinaires; que, pour la plupart, ils manquent de détails très importants sur l'état des divers organes, et notamment des intestins et des voies urinaires; enfin que, dans plusieurs, et en particulier dans les 7e et 8e observations, il ne s'agit nullement d'une gastrite simple, puisqu'il y avait des ulcérations dans l'intestin, et, dans un cas, péritonite. Il n'en reste donc que très peu, si même il en reste, qui puissent encore être regardés comme des cas de gastrite simple terminés

(1) *Nos. meth.*, class. III, ord. II, gen. IV.

(2) *Médecine pratique*, trad. par Bosquillon, t. I.

(3) *Traité de médecine pratique.* Paris, 1842, t. I, p. 209.

(4) On ne saurait douter, en effet, de l'exactitude de ce diagnostic, puisque, comme je le rappellerai plus loin, on a pu, dans la gastrite secondaire, constater après la mort les lésions inflammatoires de l'estomac, dans des cas où les symptômes avaient été identiquement les mêmes.

(5) *Clin. méd.*, t. II : *Maladies de l'abdomen; Gastrite aiguë.*

par la mort. Ce sont là au moins des cas entièrement exceptionnels; et si l'on se rappelle qu'à l'époque où ces observations ont été prises, les idées de Broussais étaient dominantes, et que l'auteur en avait, en grande partie, ressenti l'influence, on n'aura qu'une confiance limitée dans ce très petit nombre de faits. Remarquons en outre que, depuis cette époque, depuis que le diagnostic est plus sûr, et que les observations sont recueillies d'une manière plus complète, on n'a point cité de faits semblables, et nous reconnaîtrons que, jusqu'à nouvel ordre, il faut conserver des doutes sur ces faits incomplets et insuffisants.

Des 17 observations que j'ai rassemblées, 12 ont été recueillies par M. Louis; quelques unes ont été publiées (1), les autres m'ont été communiquées par cet observateur; 4 ont été prises dans ces dernières années par M. Cossy dans le service de M. Louis, et la dernière, qui n'est pas la moins remarquable, a été publiée par moi (2).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *gastrite* aux diverses formes d'inflammation de l'estomac. Les anciens, comme nous l'avons vu plus haut, la distinguaient sous ceux de *erysipelas stomachi*, *passio cardiaca*, *febris stomachica inflammatoria*, *ventriculi inflammatio*, etc. C'est à la fin du dernier siècle qu'on a mis en usage l'expression de *gastrite*, aujourd'hui généralement employée.

Si l'on en croyait les médecins de l'*école physiologique*, aucune affection ne serait plus *fréquente* que la gastrite; mais on sait que ces auteurs, du moins dans les écrits qu'ils ont publiés il y a quinze ans, regardaient l'existence de la gastrite comme démontrée toutes les fois qu'il y avait des troubles graves du côté de l'estomac. Ainsi, pour eux, l'inflammation de ce viscère existait presque toujours au début des maladies fébriles, et elle était le point de départ des symptômes qui se montraient ensuite. D'un autre côté, n'ayant point égard à la marche de la maladie, et trouvant des traces d'inflammation de l'estomac à une certaine époque des affections soit aiguës, soit chroniques, loin de regarder cette inflammation comme une lésion secondaire, ils en faisaient souvent la maladie primitive.

Aujourd'hui de semblables erreurs ne sont plus permises, et l'on doit avoir de tout autres idées sur la fréquence de la gastrite; mais toutefois il faut faire une distinction: si l'on considère d'une manière générale la gastrite primitive et la gastrite secondaire, on devra reconnaître que cette affection est très fréquente; elle survient fréquemment, en effet, dans toutes les maladies aiguës où le mouvement fébrile est très prononcé, et elle se montre très souvent dans le cours des maladies chroniques, dans la phthisie pulmonaire principalement.

Mais si, comme nous devons le faire ici, nous recherchons simplement la fréquence de la gastrite primitive, nous voyons qu'elle est très peu considérable. Les 17 observations dont j'ai parlé ont été recueillies dans un assez grand nombre d'années. M. Louis a constaté que, dans un service de plus de 100 lits à la Pitié, il ne s'était présenté chaque année que 5 ou 6 cas de gastrite, et tous les médecins des hôpitaux savent combien il est rare d'observer cette maladie bien caractérisée. D'un autre côté, M. Louis m'a dit n'avoir jamais eu occasion de la traiter dans sa

(1) *Journ. hebd. de méd.*, 1830.
(2) *Bull. de thér.*, juin 1844.

pratique particulière, et je tiens de M. Gherard, médecin de l'hôpital de Philadelphie, et dont le talent d'observation est bien connu, que la gastrite est tout aussi rare dans cette ville, quoique la population s'y livre à de très fréquents excès de boissons alcooliques. Il résulte de tout cela que rien n'est plus inexact que les assertions émises par Broussais et par les médecins qui ont embrassé ses doctrines, et ce serait là, s'il en était besoin, une nouvelle preuve du peu de soin avec lequel on a étudié cette maladie, puisque, évidemment, il faut que, dans un grand nombre de cas, on l'ait vue là où elle n'était pas.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On a, comme on le pense bien, attribué un grand nombre de causes à cette affection que l'on trouvait si fréquemment. Je vais d'abord indiquer celles qui peuvent être étudiées à l'aide des observations que j'ai recueillies, et je passerai ensuite en revue celles qui ont été signalées par les auteurs.

Relativement à l'*âge*, ces observations ne peuvent pas nous servir, puisqu'elles ont été recueillies dans des hôpitaux où l'on ne reçoit que des adultes. Disons cependant que l'âge a été très variable, et qu'il a flotté entre 20 et 65 ans ; c'est-à-dire que la gastrite ne s'est pas montrée d'une manière plus remarquable à une époque de la vie qu'à toute autre. Nous savons que Billard a décrit les diverses formes de la gastrique chez les *enfants nouveau-nés et à la mamelle;* mais il n'a pas cité une seule observation dans laquelle cette inflammation se soit développée sans complication et d'une manière non douteuse. MM. Rilliet et Barthez (1) ont décrit une gastrite primitive légère chez les enfants ; mais, ainsi qu'ils le font remarquer, ils ont donné ce nom à l'embarras gastrique, et nous avons vu plus haut quels sont les motifs qui doivent faire distinguer ces deux affections. Quant aux autres gastrites, elles ont été réunies par eux au ramollissement de l'estomac, et ils reconnaissent (page 462) que ces maladies étaient toujours secondaires. Il faut en conclure que, si la gastrite primitive se montre chez les enfants, elle est au moins beaucoup plus rare encore que chez l'adulte.

D'après Broussais et les auteurs qui l'ont suivi, le *sexe* aurait une grande influence sur la production de la gastrite, et les hommes y seraient beaucoup plus sujets que les femmes. Sur les 17 observations que j'ai rassemblées, il en est cependant 9 qui sont relatives à des femmes ; en sorte qu'on pourrait regarder cette proposition des auteurs comme peu exacte ; mais il est évident que les chiffres ne sont pas assez élevés, et l'on doit désirer de nouvelles observations.

Parmi les sujets de ces observations, il en est 8 qui avaient une forte *constitution;* les autres l'avaient presque tous médiocre ; 2 seulement étaient débilités par des maladies antécédentes, lorsque la gastrite est survenue. Suivant Broussais, la gastrite affecte principalement les hommes bruns, secs et irritables; et, « parmi les individus faibles, elle s'attache, dit-il, de préférence aux individus grêles, plus longs que larges, irritables et nerveux, à tous ceux qui ont les passions plus fortes que le tempérament, pour me servir d'une expression vulgaire, et à certains mélancoliques chez qui les idées sombres tiennent toujours l'épigastre dans un état de

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 459 et suiv.

constriction pénible. » Il est impossible de vérifier ces assertions ; mais on est porté à croire, d'après le passage que je viens de citer, que cet auteur a eu en vue aussi bien la gastralgie que la gastrite, et dès lors sa proposition n'a plus la même importance pour nous.

Je ne trouve plus rien, dans les observations que j'ai rassemblées, qui ait rapport aux causes prédisposantes de la gastrite : je me contente donc d'énumérer celles qui ont encore été admises par les auteurs. Suivant eux, les *chagrins*, les *émotions morales vives*, les *travaux d'esprit*, la *vie sédentaire*, prédisposent singulièrement à l'inflammation de l'estomac. Quelques auteurs, et entre autres Morgagni et Lieutaud, ont cité des cas où la maladie est survenue dans ces conditions, mais ces cas sont en très petit nombre et peu concluants. Nous n'avons donc rien de bien positif sur ce point.

Quant aux *excès vénériens*, à la *masturbation*, tout ce que nous pouvons dire d'une manière générale, c'est que, par la faiblesse qu'ils occasionnent, ils peuvent prédisposer à cette inflammation comme à toutes les autres, mais que, d'après les faits, ils prédisposent bien plus encore aux maladies nerveuses de l'estomac. J'en dirai autant du *travail excessif*.

Peut-être faut-il admettre comme cause de la gastrite les *privations* auxquelles sont exposés les individus de la classe pauvre. Nous avons vu, en effet, que la maladie était infiniment plus rare hors des hôpitaux que dans ces établissements, et nous allons voir tout à l'heure que les écarts de régime ne rendent pas suffisamment compte de cette différence. Il ne resterait donc guère pour l'expliquer que ces privations dont nous parlons.

Un *régime très excitant*, composé de mets épicés, de viandes noires, de café, de liqueurs alcooliques, doit-il être rangé parmi les causes prédisposantes de la gastrite? On sait combien l'opinion de Broussais était arrêtée sur ce point, et il est un grand nombre de médecins qui, sans accorder une aussi grande influence à cette cause, la regardent cependant comme assez puissante ; mais ce que je viens de dire relativement aux privations et à l'absence d'excès répétés dans le plus grand nombre des cas dont j'ai l'histoire sous les yeux, prouve qu'il ne faut pas accepter ces assertions sans contrôle. Si l'on trouve des sujets dont le régime se rapproche de celui que je viens d'indiquer, c'est, sans contredit, dans la classe riche. Ce régime est souvent prolongé très longtemps, et cependant, il faut le redire, la gastrite est très rare hors des hôpitaux. Les sujets de la classe inférieure font, il est vrai, de plus grands excès ; mais ce n'est qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et l'on ne pourrait tout au plus y voir qu'une cause excitante, question que je discuterai plus loin.

Le *climat* prédispose-t-il à la gastrite ? Nous n'avons sur ce point que des renseignements très vagues. Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds n'ont pas assez bien déterminé ce qu'ils entendaient par inflammation de l'estomac. Les bonnes observations manquent, et il serait par conséquent prématuré de se prononcer sur ce point. Disons cependant que c'est une opinion assez généralement reçue, que les inflammations des premières voies sont plus fréquentes dans les pays chauds.

Broussais a beaucoup insisté sur cette fréquence, qui, comme nous venons de le voir, n'est pas parfaitement démontrée, et il l'attribue surtout au régime très

excitant qu'on suit dans ces climats, dans le but de soutenir ses forces. Il y aurait donc là deux causes qui agiraient dans le même sens : l'*influence du climat* et l'*influence d'un régime trop tonique*. C'est à l'observation à nous apprendre ce qu'il faut penser de ces assertions avancées sans aucune espèce de preuve, et dans des vues purement théoriques. En somme, comme on le voit, nous n'avons pas trouvé de causes prédisposantes bien évidentes et dont l'existence soit parfaitement fondée sur les faits.

2° Causes occasionnelles.

Si nous ne voulons pas nous contenter des assertions des auteurs, nous n'arriverons pas à des résultats beaucoup plus précis dans l'étude des causes occasionnelles. L'insuffisance des observations est évidente encore sur ce point. Voyons ce que les faits nous apprennent de moins sujet à contestation.

On peut signaler comme bien démontrée l'action des *corps étrangers* sur la muqueuse gastrique. On trouve dans les divers recueils des observations dans lesquelles l'ingestion de corps volumineux, comme des couteaux, des cuillers, des cailloux, etc., a donné lieu à une inflammation de l'estomac.

Viennent ensuite les *écarts de régime*, et surtout les *excès de boissons alcooliques*, mais ici nous sommes loin d'avoir la même certitude. Parmi les observations que j'ai rassemblées, il n'en est que trois qui fassent mention d'un excès de ce genre, et dans toutes les autres il a été bien constaté que cette cause n'existait pas. J'ai fait remarquer ailleurs (1) combien cette circonstance était surprenante, puisqu'on peut à peine imaginer la quantité d'excès de table qui se font tous les jours. On concevrait bien difficilement, si les propositions de Broussais étaient vraies, qu'on pût réunir ainsi un certain nombre d'observations où cette cause aurait manqué ; et, d'un autre côté, on ne comprendrait pas la grande rareté de la gastrite aiguë bien établie aujourd'hui. Ajoutons que, dans les observations données par cet auteur et par d'autres, sous le nom de *gastrite*, il ne paraît pas, dans la plupart des cas, qu'on ait pris seulement la peine d'interroger les malades sur ce point.

Les réflexions que je viens de présenter s'appliquent également à l'usage des *médicaments irritants*, des *purgatifs drastiques*, des *vomitifs*, etc. C'est sans aucun fondement que, dans ces dernières années, on a donné à la médication qui emploie ces dernières substances le nom de médication incendiaire. Tout ce qui a été dit à ce sujet n'a évidemment pas l'observation pour base.

Les *émotions morales* sont-elles des causes efficaces de la gastrite ? Dans une des observations dont je donne ici l'analyse, et que j'ai rapportées avec détail dans le mémoire déjà cité, une émotion vive et prolongée fut, sinon la cause excitante, du moins l'occasion évidente de la gastrite. C'est, en effet, pendant cette émotion que des aliments ayant été pris à contre-cœur, déterminèrent les premiers symptômes de la maladie, qui fut très violente. Il suit de là qu'une simple indigestion, dans quelque circonstance qu'elle se soit produite, pourrait donner lieu à la gastrite ; cependant on ne devra se prononcer formellement que lorsque des observations plus exactes auront été recueillies.

(1) *Bull. de thér.* : *Quelques considérations sur l'étiologie de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie*, juin 1844.

Quant à l'*ingestion de boissons froides ou glacées*, le corps étant en sueur, ou après une grande fatigue, c'est là une cause banale admise par les auteurs, mais qui n'est mentionnée dans aucune observation.

Je n'ai point, comme on l'a vu, parlé de l'influence des *poisons âcres et corrosifs*. C'est que, dans cet article, je n'ai pas l'intention de traiter de l'inflammation de l'estomac due aux agents toxiques. Cette inflammation, en effet, ne constitue pas à beaucoup près, en pareil cas, toute la maladie, et il suffira de la décrire à l'occasion de chaque empoisonnement en particulier.

Restent maintenant les *violences extérieures*, les coups, les chutes sur la région épigastrique, etc.; mais les faits ne prouvent pas suffisamment l'existence de ces causes. Dans un des cas que j'ai rassemblés, la maladie survint après de violentes secousses causées par le cahot d'une voiture de roulier, pendant un voyage assez long. Doit-on voir dans cette circonstance une cause occasionnelle évidente?

§ III. — Symptômes.

C'est surtout dans l'étude des symptômes qu'il importe de procéder avec ordre et méthode; car il ne s'agit de rien moins que d'établir les bases d'un diagnostic précis, ce que l'on n'a pas fait jusqu'à présent. Nous allons d'abord examiner les symptômes du début, et nous passerons ensuite en revue chacun des symptômes importants de la maladie confirmée.

Début. Dans les observations que j'ai rassemblées, le début a été variable suivant les cas; tantôt, en effet, les symptômes caractéristiques de l'affection ont été précédés d'un *malaise* qui a duré de un à huit jours, tantôt ils se sont manifestés rapidement, et tantôt enfin, mais bien plus rarement, la maladie a paru d'une manière subite. Le malaise précurseur s'est montré 7 fois dans les 17 cas que j'ai réunis. Il consistait dans un médiocre degré de faiblesse, un peu de brisement des membres, et une légère anorexie, jamais dans un dégoût prononcé pour les aliments.

La maladie ne s'est déclarée subitement que dans un seul des cas dont il s'agit. Le malade, au milieu d'une bonne santé, fut pris tout à coup de *frissons* suivis de chaleur, de douleur vague à la région épigastrique, et, presque immédiatement après, de douleurs vives avec vomissements. Ces phénomènes se montrèrent plusieurs heures après le repas.

Dans les neuf cas où la maladie survint rapidement, mais non d'une manière subite, les choses se passèrent de deux manières différentes. Chez six sujets, en effet, il y eut d'abord des symptômes locaux, tels que douleur épigastrique, nausées, vomissements; et le mouvement fébrile ne survint qu'un peu de temps après. Chez les autres, au contraire, quelques frissons vagues, alternant avec la chaleur, accompagnés d'un peu de courbature, précédèrent de quelques heures l'apparition des symptômes locaux. Nous trouvons donc ici un début semblable à celui qui a lieu dans les inflammations de médiocre intensité, et notamment dans les angines.

Il y a bien loin de ces symptômes à ceux que quelques auteurs ont assignés à la gastrite aiguë, et qui sont des frissons violents, suivis d'une chaleur intense, de grands troubles cérébraux, une vive agitation, etc.; mais il faut observer, d'une part, que ces auteurs ont décrit sous le nom de *gastrite*, différentes espèces de

fièvres graves, et, de l'autre, que ne faisant pas remonter le début aux premiers accidents, mais étudiant la maladie à l'époque où les symptômes gastriques étaient très prononcés, ils ont placé au début des phénomènes qu'on ne retrouve même pas, ainsi que nous le verrons plus loin, à une époque avancée de la gastrite. Les observations de M. Andral ne contiennent pas de détails suffisants pour qu'il soit utile de les consulter sur ce point, et d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit plus haut, elles laissent des doutes sur l'exactitude du diagnostic, au point de vue de la simplicité de la gastrite. On peut donc regarder ce que je viens de dire du début de la gastrite aiguë comme l'expression exacte des seuls faits observés avec le soin nécessaire.

Symptômes. De quelque manière que la maladie ait débuté, elle donne ensuite lieu à des symptômes communs que nous allons étudier successivement.

Symptômes locaux. La *douleur épigastrique* est un symptôme essentiel qui s'est montré constamment et avec une intensité toujours notable. Cette douleur, qui apparaissait *spontanément*, soit au début, soit à une époque peu avancée de la maladie, était toujours *exaspérée par la pression*. Il importe de la considérer sous ces deux points de vue.

La *douleur spontanée* avait des caractères différents suivant les sujets, mais elle était toujours vive. Les uns se plaignaient d'*élancements* violents dans la région épigastrique; d'autres éprouvaient un sentiment de *constriction* très douloureux; d'autres se plaignaient d'une sensation marquée de *brûlure*; en un mot, ils éprouvaient les diverses nuances de douleur observées dans les phlegmasies des muqueuses. Chez deux sujets qui avaient pris une très petite quantité d'aliments légers après le début de la maladie, cette douleur spontanée augmentait notablement immédiatement après le repas, et était calmée par le vomissement. Chez les autres, il y avait des exacerbations, mais à des époques indéterminées. Il faut remarquer que fréquemment une de ces exacerbations de la douleur spontanée était suivie d'un vomissement pénible, ce qui nous porte à penser qu'elles étaient provoquées par l'accumulation des matières.

Suivant les auteurs, il est important de rechercher le *siége* de cette douleur épigastrique, car on peut être conduit par là à reconnaître le siége précis de l'inflammation elle-même. Mais ceux qui ont le plus insisté sur ce point ont presque complétement négligé d'indiquer avec exactitude l'endroit où elle se faisait sentir. Dans les observations que j'ai rassemblées, ce siége est presque toujours indiqué d'une manière générale comme occupant l'épigastre. Dans un, il est dit que la douleur s'étendait jusqu'à l'ombilic, et dans un autre, qu'elle occupait particulièrement l'hypochondre gauche. Nous n'avons donc encore que des renseignements insuffisants sur ce point.

La douleur augmentait sensiblement, dans tous les cas, sous une *pression* quelquefois très légère; mais, dans aucun d'eux, on ne remarquait cette sensibilité excessive de l'épigastre qui rend incommode le poids des couvertures, et qui, suivant Broussais, serait une des causes les plus efficaces de l'anxiété extrême de quelques sujets. Nous verrons plus loin quelle est la cause qui force quelques malades à se découvrir continuellement la poitrine, et à l'article *Gastralgie*, nous montrerons que la difficulté avec laquelle les couvertures sont supportées sur la région épigastrique appartient plus à cette névrose qu'à une véritable inflammation. C'est dans les endroits où se manifeste la douleur spontanée que la pression détermine

surtout cette exaspération; néanmoins elle peut exister dans des points plus ou moins éloignés.

La *perte de l'appétit* est un symptôme presque constant; mais nous ne trouvons pas ici cette anorexie complète, ce dégoût prononcé pour les aliments que nous avons signalé comme un des caractères de l'*embarras gastrique*. Chez un seul sujet, en effet, il y a eu du dégoût pour les aliments; tandis que trois ont pu, pendant plusieurs jours après le début, continuer à manger, quoique en petite quantité et avec des accidents consécutifs plus ou moins marqués. Chez les autres, la perte de l'appétit a été assez considérable pour que les malades se soient soumis volontairement, pendant plusieurs jours de suite, à une diète sévère.

Le *mouvement fébrile* était, comme je viens de le dire, peu intense dans la très grande majorité des cas. Il y avait quelques légers *frissons* erratiques; un *pouls* un peu accéléré, variant entre 68 et 112 pulsations, sans autre caractère digne d'être noté; une *chaleur* un peu élevée et qui n'a été réellement considérable que dans deux cas; parfois un peu d'accélération de la *respiration*. Chez deux sujets seulement, ces phénomènes avaient une intensité assez considérable; le pouls, à 120 et 130 pulsations, était dur et élevé; la peau était sèche et la chaleur brûlante, et il y avait un peu d'*agitation* la nuit, manifestée surtout par ce mouvement pour se découvrir la poitrine, sur lequel Broussais a si fortement insisté et qu'il regardait comme un signe très important. En examinant les faits, on ne tarde pas à s'assurer que cette tendance à se découvrir n'était point en rapport avec les symptômes locaux, mais bien avec l'agitation dont je viens de parler, et que les cas de gastrite ne diffèrent pas en cela de ce que nous observons dans toutes les autres maladies où le mouvement fébrile est un peu intense. Je ne parle pas des diverses *postures* prises par les malades; de la *tendance à se rouler dans le lit;* de la *jactitation*, etc., parce que ces phénomènes n'ont jamais été observés dans les cas dont je donne ici l'analyse, et que les auteurs n'ayant point porté un diagnostic précis, il n'est pas possible d'accepter leur manière de voir sans que de nouveaux faits soient venus nous éclairer.

Résumé. Tels sont les symptômes que je crois pouvoir assigner en toute confiance à la gastrite aiguë simple et primitive. Si nous les résumons, nous voyons que les symptômes essentiels sont : la douleur épigastrique spontanée à la pression, les vomissements bilieux avec ou sans nausées, la perte plus ou moins complète de l'appétit, et enfin un mouvement fébrile rarement intense et non accompagné des symptômes généraux si violents qui caractérisent les fièvres graves.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil rapide sur la gastrite qui se développe *secondairement*, nous voyons, comme je l'ai fait observer plus haut, que les symptômes ne diffèrent pas essentiellement. Voici, en effet, comment s'exprime à ce sujet M. Louis (1) : « Variables dans leur durée aussi bien que dans l'époque de leur apparition, les vomissements spontanés furent bilieux et toujours accompagnés ou précédés de douleurs épigastriques; et tandis que parmi les sujets qui n'eurent que des douleurs à l'épigastre, ou des nausées, ou des douleurs et des nausées tout à la fois, plusieurs avaient la membrane muqueuse dans l'état naturel, tous ceux qui eurent à la fois des douleurs épigastriques et des vomissements de bile avaient

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2ᵉ édit. Paris, 1841, t. I, p. 459.

cette membrane plus ou moins profondément altérée. Fait important et qui semble indiquer (car les observations analysées sont trop peu nombreuses pour pouvoir affirmer) qu'on doit conclure l'existence d'une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, des douleurs épigastriques et des vomissements de bile réunis. »

Que manque-t-il à ces faits pour ressembler à ceux dont j'ai présenté l'analyse, si ce n'est de s'être produits primitivement, et d'avoir donné lieu par eux-mêmes à un mouvement fébrile qui, dans les cas observés par M. Louis, a dû nécessairement se perdre dans les symptômes de la fièvre préexistante? On n'objectera pas sans doute que, parmi les observations de M. Louis, il en est qui se rapportent au simple *ramollissement de l'estomac*, car il suffit que la gastrite ait existé dans plusieurs, pour que ce que j'avance soit exact.

On a dit et répété qu'une *soif intense* était un des caractères essentiels de la gastrite aiguë, mais cela n'est vrai que pour un certain nombre de cas dans lesquels l'inflammation paraît portée à un haut degré. Dans les 17 observations qui font la base de cet article, six fois seulement on a constaté l'existence d'une soif vive, qui s'est calmée promptement dès qu'il y a eu un peu d'amélioration dans les autres symptômes. Chez deux sujets, au contraire, la soif a été nulle pendant tout le cours de la maladie, et chez les autres, quoiqu'un peu plus élevée que dans l'état de santé, elle a été modérée, un ou au plus deux pots de tisane suffisant pour l'étancher.

C'est encore une opinion généralement accréditée, que l'*appétence* extrême des malades pour les *boissons froides et acidules*. Il semble, quand on lit ce que les auteurs ont écrit à ce sujet, que les autres espèces de boissons ne peuvent absolument pas être supportées. L'étude des faits nous apprend qu'il y a au moins une très grande exagération dans cette opinion. Excepté dans un cas où le vomissement était si fréquent que la plus petite quantité de boisson fade et tiède suffisait pour le déterminer, les malades supportaient les infusions de mauve, l'eau sucrée, la solution de sirop de gomme, etc. Il est vrai qu'ils préféraient généralement les boissons froides, mais sans pour cela avoir une extrême répugnance pour les liquides légèrement chauds.

Deux symptômes beaucoup plus importants sont les *nausées* et les *vomissements*; les *nausées* se sont montrées dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire chez 15 sujets. Elles avaient précédé, chez quelques uns les vomissements pendant plusieurs jours; chez les autres, elles alternaient avec ces derniers. Ces nausées, souvent très fréquentes, fatiguent beaucoup les malades; et, comme elles se manifestent principalement après l'ingestion même des liquides, ce sont elles qui déterminent à se soumettre à une diète sévère. C'est ce dont on est convaincu quand on réfléchit qu'au début et pendant plusieurs jours elles constituent assez souvent, avec la douleur épigastrique, les seuls symptômes locaux, et surtout quand on considère que dans les deux cas où un reste d'appétit était conservé, les nausées n'existaient pas.

Les *vomissements* n'ont jamais manqué chez les sujets dont j'analyse les observations; seulement ils ont eu une durée et une fréquence très variable. Ainsi, chez quelques uns, après s'être manifestés au début de la maladie, ils se sont calmés peu de temps après et ont été remplacés par de simples nausées; chez d'autres, ils ne sont survenus qu'à une époque assez avancée de la maladie; et chez d'autres,

au contraire, ils ont persisté pendant tout son cours : ces derniers cas étaient les plus graves.

La *fréquence du vomissement* est, ai-je dit, très variable. Chez un sujet très gravement affecté et dont j'ai rapporté ailleurs l'histoire (1), ils étaient presque incessants, et dans les courts intervalles où ils ne se produisaient pas, il y avait des nausées extrêmement fatigantes. Dans des cas, en plus grand nombre, il y a à peine deux ou trois vomissements par jour, et entre ces deux extrêmes les nuances sont très nombreuses.

La *matière de ces vomissements* a été, dans tous les cas, au moins à une certaine époque de la maladie, remarquable par la présence de la *bile*. Lorsque le médecin n'avait pas pu constater cette présence lui-même, le malade ne laissait aucun doute sur ce point, en disant qu'il avait vomi un liquide vert ou verdâtre et très amer. Ces vomissements de bile doivent donc être regardés comme un des caractères les plus importants de la maladie, et j'aurai fréquemment occasion de les rappeler plus tard. Mais outre ces vomissements bilieux, il y en avait d'autres composés d'aliments chez le petit nombre des sujets qui ne s'étaient point soumis à la diète, de boissons et de quelques mucosités chez les autres.

L'*état de la langue* a, comme on sait, été donné comme un signe propre à faire reconnaître l'existence de la gastrite; et, suivant les auteurs, cet état serait constitué par la couleur rouge, la forme lancéolée de l'organe, quelquefois même par un aspect semblable à celui qu'on observe dans la scarlatine. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les faits, pour voir combien cette manière de voir est erronée. La langue, en effet, ne s'est montrée un peu rouge que dans deux cas, encore ne l'était-elle qu'au pourtour, et n'avait-elle nullement la forme lancéolée. Elle était, le plus souvent, large, humide, couverte d'un léger enduit blanc ou jaunâtre à son centre. Il est évident qu'on a attribué à la gastrite simple l'état de la langue observé dans les maladies fébriles intenses avec gastrite secondaire, état qui n'a aucun rapport, ainsi que l'a démontré M. Louis (2), avec l'inflammation de l'estomac. Cette réflexion s'applique, et à plus forte raison encore, à la sécheresse, à la dureté comme cornée, au fendillement, à la couleur brune de la langue, qu'il faut regarder comme des signes d'une lésion secondaire des fièvres graves.

Du côté de l'*abdomen*, on ne trouve rien de remarquable, si ce n'est une *constipation* médiocre qui s'est montrée dans la grande majorité des cas. Trois sujets seulement ont eu, pendant très peu de temps, quelques selles liquides précédées de coliques très légères. Chez deux, les selles sont restées naturelles pendant tout le cours de la maladie. On voit par là qu'il était facile de reconnaître le siége de l'affection, et qu'on ne pouvait pas le placer ailleurs que dans l'estomac. Quant à la *conformation* de l'abdomen, elle n'a jamais présenté rien de remarquable, soit à l'épigastre, soit ailleurs, sauf dans un cas où l'on a noté une légère tension. La *percussion* a été méthodiquement pratiquée, dans quelques cas, à la région épigastrique, et, sauf l'exaspération de la douleur locale, elle n'a fait reconnaître aucun signe particulier.

Tels sont les symptômes locaux qui appartiennent en propre à la gastrite; il faut

(1) *Bull. de thér.*, loc. cit.
(2) *Rech. sur la fièvre typhoïde.*

en rapprocher un phénomène sur lequel quelques auteurs, et Broussais en particulier, ont fortement insisté, mais qui ne se montre que bien rarement, puisque, sur 17 cas, il n'a été noté qu'une seule fois : c'est une *respiration saccadée*, semblable à une petite toux sèche, et qu'on pourrait appeler *toux gastrique*. J'ai constaté l'existence de ce symptôme dans un cas où la gastrite avait une violence bien rarement observée, puisqu'il est très peu de médecins qui puissent dire qu'ils ont vu un seul fait semblable. Sans doute, dans ce cas, le trouble de la respiration était occasionné par l'excès de la douleur, exaspérée elle-même par les contractions du diaphragme.

Il y a bien loin, comme on voit, de ce phénomène à ce que Broussais a décrit sous le nom de *toux gastrique ;* mais n'est-il pas évident pour tout le monde que, par suite des erreurs continuelles de diagnostic commises par cet auteur, cette prétendue toux gastrique n'est autre chose qu'un symptôme, soit d'une complication du catarrhe pulmonaire, soit de l'état particulier dans lequel se trouve le poumon dans les fièvres graves?

Symptômes généraux. Si les symptômes locaux ont toujours une intensité notable, il n'en est pas de même des symptômes généraux, et ce n'est pas là un des caractères les moins remarquables de la maladie qui nous occupe. On sait que les médecins de l'*école physiologique* regardaient comme une chose parfaitement démontrée l'existence de nombreux troubles sympathiques liés à l'inflammation de l'estomac. Or, si l'on étudie les faits sous ce rapport, on voit que cette opinion est tout simplement encore le résultat des erreurs de diagnostic que j'ai eu si souvent occasion de signaler.

La *céphalalgie*, qui, dans l'opinion dont je viens de parler, serait extrêmement fréquente et très intense dans tous les cas de gastrite, ne s'est montrée d'une manière un peu notable que dans 11 des 17 cas, et deux fois seulement elle a eu une assez grande intensité. Quoique digne d'être noté, ce symptôme n'a donc pas toute l'importance qu'on a voulu lui attribuer; et d'ailleurs il faut remarquer que cette céphalalgie a été de courte durée, et ne s'est accompagnée ni d'étourdissements, ni de délire, ni de stupeur, ni de somnolence, ni, en un mot, d'aucun des symptômes les plus graves des fièvres intenses. Chez deux sujets seulement, il y a eu des étourdissements passagers au début, et jamais de bourdonnements d'oreilles. En somme, cette céphalalgie n'a point eu d'autres caractères que ceux qu'on observe dans les inflammations ordinaires des membranes muqueuses, et, en particulier, des inflammations du pharynx. Il y a encore ceci de remarquable, qu'elle était, dans tous les cas, liée au léger mouvement fébrile dont s'accompagnaient les symptômes locaux.

Formes de la maladie. Il est important de dire un mot des diverses divisions qu'on a introduites dans la description de la gastrite, d'après certains symptômes prédominants, ou qui ont plus particulièrement frappé les auteurs. On a d'abord distingué une gastrite *érysipélateuse* et une gastrite *phlegmoneuse*. La première, suivant les auteurs, est bornée à la membrane muqueuse de l'estomac ; la seconde affecte les autres membranes, et principalement la celluleuse. Celle-ci donnerait quelquefois lieu à de véritables abcès, qui s'annonceraient par des symptômes extrêmement graves. On chercherait difficilement, dans les observations, la preuve de l'existence de cette dernière gastrite, et les auteurs du *Compendium*, qui ont

cité à ce sujet Cullen (1), Naumann (2) et quelques autres auteurs, ont été obligés de reconnaître qu'on avait décrit sous le nom de *gastrite phlegmoneuse* plusieurs affections mal déterminées, et, en particulier, des abcès de différents organes voisins de l'estomac.

On a encore admis l'existence d'une gastrite *subaiguë* et d'une gastrite *suraiguë*. Il est certain que, dans la gastrite, il est des cas d'une violence particulière, et j'en ai cité un exemple ; mais ce n'est pas un motif pour en faire une espèce distincte de gastrite : car cette maladie ne diffère en rien, sous ce rapport, des autres affections du même genre. En outre, rappelons qu'un grand nombre des symptômes attribués par Broussais à la gastrite suraiguë ne sont autre chose que les symptômes de la fièvre typhoïde, et que ce médecin l'a prouvé lui-même en transformant ses gastrites suraiguës en gastro-entérites intenses, maladies qui, à leur tour, se sont transformées en véritables affections typhoïdes. Il serait, par conséquent, inutile de consacrer un article à cette forme, ainsi que l'ont fait quelques auteurs.

J'en dirai autant de la gastrite *cholériforme*, admise par les auteurs du *Compendium*, qui, du reste, apportent une assez grande réserve dans sa description, et conviennent qu'assez souvent cette prétendue gastrite n'est autre chose qu'un choléra. La grande fréquence des vomissements bilieux et muqueux, l'abondance des matières vomies, seraient, d'après ces auteurs, les principaux symptômes de cette gastrite.

La gastrite *causée par les poisons irritants* est connue de tout le monde ; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, ce n'est pas ici le lieu de la décrire, puisqu'elle doit faire partie des empoisonnements auxquels des articles particuliers seront consacrés. Je ne m'occuperai pas davantage de la gastrite *adynamique*, dont il n'a pas été cité un seul cas évident, et dans laquelle il faut encore voir une fièvre typhoïde.

Billard (3) a décrit une gastrite *folliculeuse* chez les nouveau-nés, et il en a trouvé les caractères anatomiques dans la présence de follicules ayant l'aspect de petites granulations blanches, arrondies, terminées par un point noirâtre, qui parfois finissent par s'ulcérer et se désorganiser. Billard nous dit que, dans le courant de l'année 1826, il a observé 15 cas d'ulcérations folliculeuses de l'estomac. Il n'en cite aucun. Les autres auteurs n'ont pas parlé de cette forme de la gastrite. Plusieurs même, et entre autres M. Louis, n'ont jamais pu découvrir les follicules. Billard n'aurait-il pas décrit, sous le nom de *gastrite folliculeuse*, l'état mamelonné de l'estomac ? Mais je n'insisterai pas davantage sur ce point, ayant à y revenir à propos de la gastrite ulcéreuse.

Enfin on a admis une gastrite *intermittente*, et même une gastrite *des vieillards* (4). La première n'est autre chose que le trouble de l'estomac, qui se montre dans les fièvres intermittentes ; et quant à la seconde, on ne trouve dans les observations rien qui autorise à l'admettre.

En somme, toutes ces formes diverses que l'on a cru reconnaître dans la gastrite n'ont pas, comme on le voit, une importance réelle. La description précédente a prouvé que, dans tous les cas où l'existence d'une gastrite était bien démontrée, les symptômes étaient les mêmes, à l'intensité près, et l'on ne doit pas douter que si

(1) *Éléments de méd. prat.* Paris, 1819, t. I.
(2) *Handbuch der Medicin Klinik.* Berlin, 1834, t. V.
(3) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit. Paris, 1833, p. 338.
(4) Naumann et Nægele, cités par les auteurs du *Compendium*.

l'on a admis ainsi l'existence d'un certain nombre d'espèces et de variétés, c'est qu'on a confondu plusieurs maladies entièrement distinctes. Il n'y aurait qu'une seule division qui serait admissible : ce serait celle qui servirait à distinguer la gastrite *primitive* de la gastrite *secondaire*. Cette dernière, tout à fait sous l'influence de la maladie principale, est assez souvent opiniâtre et rebelle, en raison même de la gravité et de la persistance de cette maladie. Elle contribue nécessairement, dans les cas graves, à entraîner les malades au tombeau, tandis que la première cède facilement à un traitement approprié. Du reste, comme je l'ai déjà dit, il n'y a point entre elles de différences symptomatiques essentielles.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est moins rapide, en général, que celle du simple embarras gastrique. Nous avons vu plus haut que, dans un certain nombre de cas, il existait, au début, des symptômes peu intenses qui tendaient à se prolonger. Plusieurs sujets sont restés ainsi malades pendant plus de quinze jours, sans que l'affection fît de très grands progrès. A plus forte raison en est-il ainsi lorsqu'une diète sévère n'est pas observée ; alors la maladie tend à se perpétuer.

Le traitement ayant une très grande influence sur les symptômes de la gastrite, la *durée* de la maladie est très variable, suivant qu'une médication appropriée a été mise en usage à une époque plus ou moins avancée. Nous voyons quelques sujets qui, après avoir été malades pendant dix et quinze jours, ont été guéris en quatre et cinq jours par un traitement fort simple. Il en résulte qu'on ne peut point assigner de limites précises à la durée de la maladie. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, dans les cas que j'ai rassemblés, l'affection ne s'est pas prolongée au delà d'un mois ou un mois et demi, et que, dans la plupart des cas, elle n'a pas dépassé une quinzaine de jours.

Chez les sujets dont il s'agit ici, la *terminaison* a été constamment heureuse. S'ensuit-il que la gastrite simple primitive ne peut jamais avoir une issue funeste ? C'est ce qu'il ne m'est pas permis de décider. Je me contente de constater le fait, et de rappeler que, dans aucune des observations citées par les auteurs comme exemples de gastrite ayant causé la mort, il n'est démontré que l'inflammation de l'estomac fût simple et primitive, et que dans la plupart des cas, au contraire, il est évident qu'elle devait être rangée parmi les lésions secondaires.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce que je viens de dire sur la terminaison constamment heureuse de la gastrite aiguë simple semble me dispenser complétement de parler des lésions anatomiques. Mais dans la gastrite secondaire, qui est, comme je l'ai déjà dit, une maladie toute semblable, on a pu fréquemment examiner les lésions que l'on est autorisé à regarder comme appartenant également à la gastrite primitive. J'aurai occasion plusieurs fois, et surtout quand il s'agira de la fièvre typhoïde, d'indiquer les altérations propres à la gastrite secondaire. Je me contenterai de les énumérer ici.

Ce sont la rougeur, le ramollissement, l'épaississement de la membrane muqueuse, avec les divers degrés connus de ces lésions. Quant au ramollissement sans rougeur, et avec amincissement, comme il doit y avoir un article spécialement consacré à

cette altération, je ne m'en occuperai pas ici. J'ajouterai seulement qu'il ne faudrait pas, d'après une simple rougeur trouvée à la surface interne de l'estomac, regarder l'existence de la gastrite comme démontrée. Les expériences faites dans ces derniers temps sur l'injection cadavérique prouvent que cette rougeur peut parfaitement se produire après la mort. On a dit qu'on pouvait reconnaître la rougeur due à une inflammation véritable, à ce que le lavage et la macération ne la faisaient pas disparaître; mais des expériences, et en particulier celles de M. Scoutetten, nous ont encore appris qu'une rougeur véritablement inflammatoire pouvait très bien disparaître sous l'influence de ces moyens. Il faut donc qu'il y ait, dans la consistance et dans l'épaisseur de la membrane, des changements appréciables concurremment avec la rougeur.

Mais, par les raisons indiquées plus haut, je n'insiste pas plus longtemps sur des détails qui ne sauraient avoir un intérêt majeur pour le praticien. Un mot seulement sur les lésions indiquées par Broussais. Cet auteur parle d'un resserrement de l'estomac porté au point que l'organe serait réduit au *volume d'un intestin grêle;* il signale, en outre, la couleur noire, les fongosités de la muqueuse. On peut, sans être accusé de scepticisme, dire, ou qu'il y a beaucoup d'exagération dans cette description, ou qu'il s'agissait de faits tout exceptionnels appartenant à autre chose qu'à une simple gastrite. Les recherches les plus exactes n'ont fait voir rien de semblable.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous venons de voir que les signes auxquels on reconnaît l'existence d'une gastrite sont la douleur épigastrique, les vomissements de bile et un mouvement fébrile généralement peu intense; par là se trouve confirmé le diagnostic différentiel de cette affection et de l'*embarras gastrique* présenté plus haut. Je dois donc me borner à le reproduire dans le tableau synoptique; car nous n'aurions rien de nouveau à y ajouter.

La *gastrite chronique* offre souvent, comme nous le verrons plus loin, des symptômes semblables à ceux de la gastrite aiguë. Ce n'est donc que par la marche de la maladie et sa persistance que l'on peut reconnaître si elle est aiguë ou chronique. Je reviendrai sur ce point quand j'aurai fait l'histoire de la gastrique chronique.

Dans quelques cas de *cancer* de l'estomac, les symptômes offrent, au début de la maladie, un certain degré d'acuité. On pourrait alors croire à l'existence d'une simple gastrite aiguë, et n'être détrompé qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Ce diagnostic est donc important; mais pour le porter avec précision, il faut le renvoyer après l'histoire du cancer, afin d'avoir tous les éléments nécessaires.

Dans quelques cas de *gastralgie*, il existe également des symptômes assez aigus: la douleur de l'épigastre est vive, les vomissements peuvent se montrer à des époques assez rapprochées, et il peut même y avoir une excitation assez marquée: mais, même alors, il existe entre les deux maladies des différences notables. Dans la gastralgie, c'est surtout la douleur spontanée qui est remarquable; l'appétit n'est point perdu; les troubles qui surviennent pendant la digestion sont les signes qui attirent le plus particulièrement l'attention du médecin; enfin, et c'est là le point capital.

presque toujours la matière des vomissements est composée d'aliments, de boissons et de mucosités. Ces deux états n'ont donc pu être confondus qu'à une époque où l'on voulait voir partout l'inflammation de l'estomac.

Faut-il maintenant établir un diagnostic entre la gastrite aiguë et les *affections fébriles ?* Ce point était beaucoup plus important à traiter lorsque la fièvre typhoïde, par exemple, étant très peu connue, on ne voyait en elle qu'une inflammation simple de l'estomac et des intestins. Aujourd'hui la confusion n'existe plus pour la grande majorité des médecins ; il suffit, par conséquent, d'indiquer en peu de mots les énormes différences qui existent entre une véritable fièvre typhoïde et une gastrite. Dans la gastrite, ce qu'il y a surtout de remarquable, ce sont les symptômes locaux ; dans la fièvre typhoïde, au contraire, ce sont les symptômes généraux. Dans celle-ci, nous trouvons cette faiblesse si remarquable au début, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, la céphalalgie intense, les frissons, l'accélération du pouls, la chaleur, en un mot un mouvement fébrile toujours remarquable. Or nous avons vu que, dans la simple gastrite, ces phénomènes étaient nuls ou de peu d'importance. Ajoutons à cela les symptômes qui se manifestent du côté de l'intestin dans la fièvre typhoïde, et nous aurons des différences telles qu'il est inutile d'y insister, et que je ne crois pas même devoir faire entrer ce diagnostic dans le tableau synoptique. A plus forte raison la distinction est-elle facile lorsque la maladie est parvenue à une période plus avancée.

Dans les autres maladies fébriles, soit phlegmasies simples, soit fièvres exanthématiques, des théories qui n'existent plus avaient fait voir à certains médecins le point de départ de la maladie dans des troubles de l'estomac qu'on pourrait rapporter à une inflammation. Il suffirait, pour faire justice de cette erreur, de rappeler que, dans les affections de ce genre, les symptômes gastriques dont il s'agit peuvent avoir lieu pendant un temps assez long, sans laisser dans l'estomac aucune trace inflammatoire. Les recherches récentes d'anatomie pathologique l'ont suffisamment prouvé.

En résumé donc, le diagnostic différentiel de la gastrite, telle qu'elle a été décrite plus haut, ne présente pas de grandes difficultés, et c'est ce qui me permet de donner un tableau synoptique très court.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la gastrite aiguë et de l'embarras gastrique.*

GASTRITE AIGUE.	EMBARRAS GASTRIQUE.
Saveur amère et désagréable *nulle ou peu prononcée.*	Saveur *amère*, fade, désagréable.
Douleur épigastrique spontanée et à la pression ; *point de dégoût* pour les aliments.	*Gêne* dans la région épigastrique *plutôt que douleur ; dégoût* pour les aliments.
Nausées, vomissements bilieux *répétés.*	Nausées *rares ;* vomissements bilieux *plus rares* encore.
Céphalalgie *moins persistante*, *moins incommode*, et en rapport avec le mouvement fébrile.	Céphalalgie frontale *persistante* ; *souvent très incommode.*
Fièvre presque toujours *assez marquée.*	Fièvre *nulle* ou très légère.

2° *Diagnostic différentiel de la gastrite aiguë et de la gastralgie avec symptômes d'excitation.*

GASTRITE SIMPLE AIGUË.	GASTRALGIE.
Douleur remarquable *à la pression.*	Douleur *spontanée*, surtout remarquable.
Appétit *perdu* ou très notablement diminué.	Appétit *en grande partie conservé.*
Vomissements *bilieux.*	Vomissement *des aliments*, des boissons et des mucosités.
Mouvement fébrile plus ou moins prononcé.	*Pas de fièvre.*

Pronostic. D'après tout ce que j'ai dit plus haut, les idées doivent être considérablement modifiées sur le pronostic de la gastrite aiguë simple. Nous avons vu, en effet, cette maladie se dissiper très promptement sous l'influence d'un traitement fort simple. Nous ne trouvons, dans aucune observation, aucun signe qui puisse nous indiquer si cette affection a de la tendance à passer à l'état chronique.

§ VII. — Traitement.

Envisagée sous ce nouveau point de vue, la gastrite aiguë est loin d'exiger les moyens énergiques qui, dans les idées en vogue il y a quelques années, devaient lui être promptement opposés. Nous allons voir, en effet, qu'elle a cédé à une médication presque toujours fort douce.

Émissions sanguines. Dans les cas que j'ai rassemblés, on n'a jamais mis en usage la *saignée* générale. L'observation ne nous apprend donc rien sur la valeur de ce moyen. On peut cependant admettre, par analogie, qu'il doit avoir un certain degré d'efficacité. C'est surtout dans les cas où le mouvement fébrile est assez intense, que l'on est autorisé à l'employer ; mais alors même on ne fera pas des saignées très multipliées et très abondantes, car rien ne prouve qu'il soit nécessaire d'y avoir recours. Les *sangsues*, au contraire, ont été appliquées dans un assez grand nombre de cas, et un soulagement marqué, qui s'est manifesté le lendemain ou le surlendemain, fait voir que ce moyen a une valeur réelle, quoiqu'elle ne soit pas encore parfaitement déterminée. *Quinze ou vingt sangsues* appliquées à l'épigastre suffisent ordinairement. Il est même rare qu'on soit obligé de revenir à cette application ; c'est cependant ce qui m'est arrivé dans le cas de gastrite d'une intensité exceptionnelle que j'ai eu occasion d'observer, et dont j'ai déjà plusieurs fois parlé. On pourrait suppléer à l'application des sangsues par huit ou dix *ventouses scarifiées* sur la région épigastrique.

Vomitifs. On sera sans doute étonné de voir qu'il est question ici des vomitifs. On se rappelle encore la frayeur que causait cette médication à l'époque où régnaient les idées de l'*école physiologique.* Je ne citerai pas, pour combattre ces idées, l'opinion des anciens, suivant laquelle le vomissement était guéri par le vomissement ; mais je rappellerai ici cette observation de gastrite intense que je viens d'indiquer, et dans laquelle un vomitif administré au début, loin d'augmenter les symptômes, procura un soulagement marqué, quoique passager. Ce qui me détermina à recourir à ce moyen, c'est que les premiers accidents s'étaient manifestés après une digestion laborieuse qu'on pouvait regarder comme une véritable indigestion. Ce fait prouve que, dans des cas semblables, on ne doit pas redouter

les funestes effets d'un vomitif. Je ferai remarquer, en outre, que dans les premiers vomissements provoqués par le médicament, on put reconnaître la présence d'aliments mal digérés, et qu'il n'a sans doute pas été inutile d'en débarrasser l'estomac. J'ajoute que les cas de ce genre sont les plus rares, et qu'il est prouvé par les autres faits dont j'ai donné l'analyse, que le plus souvent la maladie est promptement combattue avec succès, sans qu'on ait recours aux vomitifs. C'est donc dans des cas particuliers qu'on sera autorisé à les mettre en usage. Le *tartre stibié* et l'*ipécuanha*, à dose vomitive, sont les substances qu'on doit administrer.

Purgatifs. La constipation qui existe dans cette maladie a dû nécessairement porter à prescrire quelquefois des purgatifs. Dans deux des observations recueillies par M. Louis, on a donné l'*huile de ricin à la dose de* 60 *grammes*, et dans deux autres, le *calomel à la dose de* 30 *à* 60 *centigrammes*. Ce n'est qu'à l'époque où les principaux symptômes gastriques s'étaient déjà améliorés, qu'on a eu recours à ce moyen pour combattre la constipation persistante. Cet effet a été obtenu dans l'espace de trois jours, et il n'en est résulté aucun accident du côté de l'estomac. On n'a donc nullement à redouter les suites d'un purgatif léger. Les purgatifs plus violents auraient-ils plus d'inconvénients ? C'est ce qu'il n'est pas possible de décider en l'absence des faits ; mais comme la constipation n'est pas opiniâtre au point de les exiger, il n'y a pas lieu de s'occuper davantage de cette question.

Narcotiques. Quelques narcotiques, comme le *sirop diacode à la dose de* 30 *grammes ;* l'*extrait d'opium à la dose de* 3 *centigrammes*, ont été également prescrits dans plusieurs cas ; et si l'on ne peut pas, avec les faits que nous possédons, reconnaître leur degré d'efficacité, on s'assure néanmoins qu'ils n'ont eu aucun effet nuisible. Nous verrons plus loin, à l'occasion de la gastrite chronique, que les *lavements laudanisés* ont souvent pour effet d'arrêter les vomissements opiniâtres ; on pourrait donc, dans la gastrite aiguë, s'il existait de semblables vomissements, mettre en usage ce moyen, qui n'aurait pas d'ailleurs d'inconvénients réels.

C'est à dessein que je ne parle pas de plusieurs autres remèdes qui font partie du traitement de la gastrite, telle que la conçoivent les auteurs. Lorsqu'il existe un traitement simple dont l'efficacité est bien connue, il faut se garder de le compliquer en y ajoutant des moyens d'une valeur équivoque, ou appliqués à des cas dont le diagnostic était incertain. Je me bornerai donc à ajouter quelques mots sur les boissons et le régime.

Boissons. Des *boissons douces*, comme la solution de sirop de gomme, de guimauve, l'infusion de mauve sucrée, peuvent être administrées sans qu'on ait toujours à craindre, comme je l'ai dit plus haut, une grande répugnance de la part des malades. Dans le cas contraire, quelques *boissons acidulées :* la solution de sirop de groseilles ou de cerises, la limonade légère, seront prescrites. Si les vomissements étaient très fréquents, et qu'en même temps la soif fût extrême, on pourrait recommander au malade de faire fondre des morceaux de *glace* dans la bouche. En général, on donne ces boissons à une température peu élevée, ce qui est surtout recommandé lorsqu'il existe un certain degré d'agitation.

Régime. Presque toujours, ainsi que je l'ai fait remarquer, les malades se soumettent d'eux-mêmes à une diète sévère. Tant que la douleur épigastrique et les vomissements de bile persistent, on doit prolonger cette diète ; mais il n'est nulle-

ment utile d'y persister longtemps après la disparition des principaux accidents, comme l'ont prétendu quelques auteurs. On voit, en effet, dans les cas que j'ai rassemblés, une alimentation légère être facilement supportée immédiatement après la cessation de la douleur et des vomissements, et des aliments plus substantiels être bientôt prescrits sans inconvénient. Dans un cas de gastrite suraiguë, il ne fallut pas plus de huit jours pour ramener le malade à un régime presque semblable à celui qu'il suivait dans l'état de santé.

On doit, dans la gastrite, agir avec un peu plus de prudence que dans l'embarras gastrique; mais ce serait un grand tort que d'être d'une sévérité extrême. Des *bouillons*, des *potages légers*, du *lait*, peuvent être permis dès le premier jour de la convalescence. Un ou deux jours après, le *poisson*, les *gelées de viande*, etc., seront conseillés, et enfin on arrivera assez promptement à un régime varié, comme dans l'état de santé.

Résumé; ordonnances. Je ne peux m'empêcher de faire remarquer encore l'extrême simplicité de ce traitement, dont les sangsues, les boissons émollientes ou acidules et la diète font la base. Une seule ordonnance est donc suffisante, car il ne s'agit que d'insister plus ou moins sur ces moyens, suivant la gravité des cas.

Ordonnance.

1° Pour boisson, tisane émolliente ou acidule, à un degré de température peu élevé.

2° Quinze ou vingt sangsues à l'épigastre. Renouveler cette application une ou deux fois, si le cas l'exige.

3° Une potion avec 20 ou 30 grammes de sirop diacode, ou bien une pilule de 0,03 grammes d'extrait thébaïque, le soir. Lavements opiacés contre les vomissements opiniâtres.

4° Après la cessation des principaux accidents gastriques, combattre la constipation par de légers purgatifs.

5° Diète absolue et repos au lit dans le fort de la maladie. Permettre de légers aliments très peu de temps après la cessation des symptômes principaux.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; vomitifs dans des cas particuliers; purgatifs; narcotiques; boissons émollientes ou acidules; régime.

ARTICLE IV.

GASTRITE CHRONIQUE SIMPLE.

Les difficultés que nous allons trouver dans la description de la gastrite chronique sont bien plus grandes encore que celles qui ont été signalées plus haut dans l'histoire de la gastrite aiguë. Si l'on se contentait de consulter les articles généraux écrits par les divers auteurs, on pourrait croire que cette maladie est assez bien connue; mais si l'on veut demander des renseignements à l'observation, et si l'on ne veut user que de documents exacts et positifs, on se trouve extrêmement embarrassé. Jusqu'à ces derniers temps, on a décrit indifféremment, sous le nom

de gastrite chronique, et la gastralgie et le cancer de l'estomac. Broussais avait même été jusqu'à établir théoriquement l'identité de cette dernière maladie avec l'inflammation gastrique. M. Andral (1), sous l'influence des mêmes idées, a fait la même confusion, quoique plus tard il ait modifié ses opinions, sans toutefois les changer complétement. Or nous verrons plus loin, à l'article *Cancer de l'estomac*, combien les raisons qui s'opposent à ce qu'on accepte cette manière de voir sont nombreuses et puissantes. Voilà donc déjà une source très grande de difficultés; car il faut le dire, cette manière inexacte d'envisager la gastrite chronique a été très fréquemment imitée.

Mais ce n'est pas tout, et des recherches nouvelles sur une altération cadavérique particulière sont venues encore compliquer la question. Je veux parler des expériences faites par M. Carswell (2) sur l'action dissolvante du suc gastrique qui a lieu, dans quelques circonstances, sur les cadavres. Ces expériences, qui avaient été déjà entreprises par quelques auteurs dont je parlerai dans un des articles suivants, ont été publiées au moment même où un certain nombre d'observations semblaient être venues éclairer enfin l'histoire de l'inflammation chronique de l'estomac et dissiper la plupart des doutes à ce sujet. On sait, en effet, que le travail de M. Carswell parut peu d'années après la publication du mémoire de M. Louis sur l'*amincissement et le ramollissement de la muqueuse de l'estomac* (3). On avait donc eu à peine le temps de se croire sur la voie de la vérité, que ces nouvelles expériences vinrent ranimer la discussion et augmenter nos incertitudes.

C'est dans cet état que je trouve la question; on comprendra donc tout l'embarras que j'ai dû éprouver à me procurer des renseignements un peu satisfaisants au milieu de ces opinions contradictoires, et, ce qui est beaucoup plus fâcheux encore, en présence de faits dont il est très difficile de trouver l'explication. J'ai voulu avoir recours aux observations; mais les observations sont loin de nous amener à une conviction bien établie, et on le concevra lorsque l'on saura que M. Louis lui-même, après une analyse très exacte et très détaillée des faits qu'il a recueillis à ce sujet, et après avoir apprécié avec soin les symptômes et les lésions, est resté dans le doute sur ce point important. D'abord il avait cru pouvoir se prononcer en faveur de la nature inflammatoire de la lésion qu'il a décrite sous le nom de *ramollissement avec amincissement*, puis l'examen d'un certain nombre de cas observés principalement dans le cours de la fièvre typhoïde est venu faire naître des doutes dans son esprit, au point qu'après avoir fait remarquer toutes les raisons qui parlaient en faveur de la nature inflammatoire de la maladie, il ajoute (4): « Cependant les raisons nombreuses que j'ai exposées ailleurs (5) rendent cette interprétation peu vraisemblable, et il est permis de croire que, dans un certain nombre de cas, le ramollissement, la destruction dont il s'agit,

(1) *Mém. sur les car. anat. de la gastr. chron.* (*Répert. d'anat. et de phys.*, 1826, t. I, et *Clin. méd.*, t. II).

(2) *Rech. sur la dissolution chim. ou digestion des parois de l'estomac après la mort. Journ. hebd. de médecine*. Paris, 1830, t. VII, p. 321 et 505).

(3) *Mém. ou rech. anat.-pathologique sur plusieurs maladies*. 1826, p. 1 et suiv.

(4) *Rech. sur la phthisie*, 2e édit. Paris, 1843, p. 72.

(5) *Rech. anat. path. et thér. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit., 1841, t. I, p. 156.



semblent résulter d'une action chimique dont les conditions toutefois sont encore indéterminées. »

J'avais besoin de faire connaître cet état de la science pour qu'on ne pût pas m'imputer un certain défaut de précision qu'il était impossible d'éviter. Je vais néanmoins chercher, en examinant les faits, à tracer le tableau le plus fidèle possible de la maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il serait utile de pouvoir définir la gastrite chronique simple par une description sommaire de ses principaux symptômes et de ses principales lésions ; mais nous venons de voir que la chose n'était pas possible sans une discussion préalable. Contentons-nous donc, pour le moment, de dire que la gastrite chronique est l'inflammation de l'estomac plus ou moins persistante et avec des symptômes généralement moins violents que ceux de la gastrite aiguë.

Cette maladie a reçu les noms d'*inflammation chronique de l'estomac*, de *ramollissement*, de *mamelonnement* de la muqueuse gastrique, et elle a été décrite implicitement sous les noms de *squirrhe*, *cancer*, *induration de l'estomac*, *hypertrophie*, etc. Faisons remarquer toutefois que c'est par erreur que les auteurs ont introduit la gastrite chronique dans ces dernières descriptions; car il n'est nullement prouvé, comme on le verra plus tard, qu'une inflammation simple de l'estomac, quelle que soit sa persistance, produise par elle-même les lésions que je viens de mentionner.

On sent combien il est difficile de donner une idée de la *fréquence* de la maladie. Avant d'aborder une semblable question, il faudrait, en effet, décider si le ramollissement blanc avec amincissement est ou n'est pas une gastrite. Or, n'ayant point cet élément pour la solution du problème, tout ce que je peux dire ici, c'est que la gastrite chronique, beaucoup plus rare encore à l'état de simplicité que la gastrite aiguë, se montre principalement dans le cours des maladies chroniques et de la phthisie en particulier. Nous verrons, en effet, plus loin, que c'est dans ces circonstances qu'après avoir présenté des symptômes non équivoques, les sujets offrent à l'autopsie des lésions de l'estomac qu'on ne peut rapporter qu'à l'inflammation : tels sont la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane muqueuse.

§ II. — Causes.

Si nous nous en rapportons aux différents auteurs, les causes connues de la gastrite chronique sont nombreuses. Ce serait d'abord, selon eux, toutes celles qu'on a attribuées à la gastrite aiguë, et dont l'action aurait été longtemps continuée ou fréquemment reproduite. Broussais a principalement insisté sur ce point; mais d'abord cet auteur n'a point fait un relevé d'observations propres à mettre le fait hors de doute; et de plus il rapportait à une simple inflammation de l'estomac des affections bien différentes, comme la gastralgie et le cancer. On peut s'en convaincre en lisant ce qu'il a écrit à ce sujet, et dans ses *Phlegmasies chroniques*, et dans son *Cours de pathologie*. Pour lui, en outre, l'action des irritants, même énergiques, peut produire la gastrite chronique sur un sujet qui se sera peu à peu habitué à l'action de ces substances, ou bien chez un individu d'un tempérament mou et lymphatique; mais ce sont là des vues hypothétiques, plutôt que des con-

séquences de faits bien étudiés. N'ayant donc rien de positif à cet égard, je n'énumérerai pas les diverses causes admises par les auteurs.

Si nous examinons les observations recueillies par M. Louis, nous voyons que, sur deux sujets qui eurent des symptômes assez intenses, la maladie survint chez l'un après des *excès alcooliques considérables*, et chez l'autre après six mois d'une *misère profonde ;* mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, il est plusieurs considérations qui prouvent qu'on ne doit pas accorder trop de valeur à ces causes. D'abord, chez les autres sujets, on ne nota rien de semblable ; et, en second lieu, le nombre des femmes affectées de la maladie qu'il a décrite était notablement supérieur à celui des hommes. Ce dernier résultat a été confirmé par les observations prises chez les phthisiques et chez les sujets affectés de fièvre typhoïde. N'oublions pas toutefois que M. Louis a décrit ensemble des cas où la lésion était réellement inflammatoire, et des cas où la nature de cette lésion est encore incertaine (*ramollissement blanc*), et nous verrons qu'il faut rester dans le doute sur l'influence réelle des causes dont nous venons de parler.

§ III. — Symptômes.

C'est surtout quand il s'agit de déterminer quels sont les symptômes propres à la gastrite simple chronique, qu'on éprouve les plus grandes difficultés. Pour éclairer cette question, j'ai voulu chercher quel était le rapport des symptômes et des lésions dans les cas les mieux observés. Dans ce but, j'ai examiné séparément les faits dans lesquels il n'y avait que le *ramollissement avec amincissement de couleur blanc bleuâtre* (lésion qui, d'après les expériences de M. Carswell, doit être regardée comme purement cadavérique), et ceux dans lesquels il y avait en outre, dans certains points, de la rougeur, de l'épaississement, et surtout le mamelonnement avec couleur grisâtre ou bleuâtre, que, d'après des considérations que j'exposerai plus loin, M. Louis regarde comme un résultat évident de l'inflammation chronique. Or j'ai trouvé que, dans les uns comme dans les autres, et dans une proportion à peu près égale, il y avait eu tantôt simplement des douleurs à l'épigastre, accompagnées de nausées sans vomissements de bile, ou avec absence complète de vomissements, et tantôt des douleurs épigastriques avec nausées et vomissements de bile : symptômes qui, comme nous l'avons vu plus haut, caractérisent la gastrite aiguë.

Il me paraît donc impossible, dans l'état actuel de la science, de distinguer, sur le vivant, les cas dans lesquels on ne trouve qu'un simple ramollissement blanc avec amincissement, et ceux où ce ramollissement se continue avec des traces évidentes d'inflammation. S'ensuit-il qu'on ne doive pas décrire les symptômes de la gastrite chronique? Non, sans doute; car dans les cas dont je parle, il y en a eu d'évidents qui nous permettent d'étudier cette maladie. Seulement il ne faut pas oublier que ces symptômes se rapportent également au ramollissement tel qu'il sera décrit dans l'article suivant. Examinons-les donc ici, et renvoyons un peu plus loin la discussion que doit faire naître un sujet aussi compliqué.

Début. Ainsi que l'a remarqué M. Louis (1), chez un bon nombre des malades, les *fonctions digestives* sont déjà altérées lorsque surviennent les symptômes qui

(1) *Loc. cit.*, p. 54.

caractérisent l'affection. Cela tient évidemment à ce que la maladie ne se montre presque jamais qu'à l'état de complication, et que déjà les fonctions de l'estomac participaient, depuis un temps variable, au trouble plus ou moins grand de presque toutes les autres fonctions. Mais, soit que ces fonctions soient troublées, soit que la maladie survienne, comme dans un cas cité par M. Louis, dans un état de santé à peu près parfaite, le *début* est le même. Il s'annonce tantôt par la diminution ou la perte complète de l'appétit, par des douleurs à l'épigastre, par des frissons alternant avec la chaleur, par la soif, et plus tard par les nausées et les vomissements; tantôt par ces derniers symptômes apparaissant les premiers avec l'anorexie, la soif et la fièvre, et suivis parfois, à un intervalle assez long, de douleurs à l'épigastre; tantôt enfin par l'apparition de tous ces symptômes à la fois, la maladie se déclarant avec un assez grand degré d'intensité.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, ces symptômes persistent avec plus ou moins de violence, et méritent, par conséquent, que nous les examinions successivement.

Le plus souvent la *perte de l'appétit* persiste à un assez haut degré pendant tout le cours de la maladie; parfois elle ne se fait remarquer que quelques jours avant la mort; d'autres fois enfin, il y a des variations marquées, de telle sorte qu'après avoir été complétement ou presque complétement perdu, l'appétit peut reparaître pendant un temps plus ou moins long. Ce symptôme n'a donc pas, comme on voit, toute l'importance qu'on pourrait lui supposer.

Quant à la *soif*, elle n'a pas de valeur plus grande, puisque tantôt elle est très forte, et tantôt, au contraire, très légère, chez des sujets qui offrent des lésions identiques. L'*appétence des boissons froides* n'est pas générale, ainsi que l'a constaté M. Louis; dans des circonstances en apparence semblables, certains sujets ne veulent boire que froid, tandis que d'autres demandent des boissons tièdes. On n'a pas remarqué que les unes excitassent le vomissement plutôt que les autres.

Les *nausées* constituent un symptôme important, puisqu'elles se montrent constamment dans la maladie qui nous occupe. Elles sont quelquefois fatigantes pour les malades, et se joignent à l'inappétence plus ou moins complète.

Quant aux *vomissements*, ils sont beaucoup moins constants; car, sur 12 cas qui forment la première série d'observations publiées par M. Louis, ils ont manqué trois fois. J'ai voulu encore m'assurer si cette absence complète de vomissements appartenait plus particulièrement au ramollissement blanc, et j'ai trouvé, en effet, que, dans ces trois cas, il n'y avait ni rougeur de la muqueuse, ni épaississement, ni mamelonnement, ni, en un mot, aucun signe d'inflammation véritable; mais ce résultat, qui semblait important, s'est trouvé détruit par la *dix-neuvième observation* du mémoire de M. Louis, dans laquelle on a constaté l'absence complète des vomissements, quoique, à l'autopsie, on ait trouvé un mamelonnement de la muqueuse très considérable avec une altération remarquable du tissu sous-muqueux correspondant à une surface plissée, qui avait l'apparence d'une cicatrice. D'un autre côté, les vomissements, soit de bile, soit plus rarement d'aliments, se montrent, ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, avec l'une et l'autre des lésions dont il s'agit.

Quoi qu'il en soit, ces vomissements sont persistants, et reviennent à des intervalles variables, ayant lieu, dans quelques cas, plusieurs fois par jour, et se mon-

trant plus rarement dans d'autres. Quelquefois il suffit de l'ingestion d'une petite quantité d'aliments et de boissons pour les provoquer immédiatement. Toutes choses égales d'ailleurs, les *vomissements bilieux* paraissent plus fatigants pour le malade.

Les *douleurs à l'épigastre* sont un signe très important à noter. On peut dire qu'elles se montrent presque constamment, car elles n'ont manqué que dans un seul des cas observés par M. Louis, et sur lequel je reviendrai un peu plus loin. Comme dans la gastrite aiguë, ces douleurs sont *spontanées* ou *provoquées*. Les premières sont quelquefois très vives; chez plusieurs sujets observés par M. Louis, elles étaient, dit cet auteur, très prononcées, et quelquefois au point de faire dire aux malades que leur maladie tout entière était à l'épigastre. D'autres fois, les sujets ne se plaignent que d'un peu d'*embarras* à la région épigastrique, de quelques *picotements*, d'un sentiment de *barre* continuelle, ou bien ils accusent d'autres sensations, et entre autres une sensation de *chaleur* plus ou moins marquée ; dans ces cas encore, on pourrait croire qu'on doit trouver plus particulièrement les signes d'une inflammation non contestable : eh bien ! M. Louis fait remarquer lui-même qu'on a vu chez ces sujets la membrane muqueuse simplement ramollie, amincie et pâle, ou d'un rose plus ou moins vif.

Ces douleurs épigastriques sont toujours notablement *exaspérées par la pression*, et c'est là un point très important. Suivant la remarque de M. Louis, elles se sont montrées proportionnées aux nausées et aux vomissements.

Il est rare que les *frissons, alternant avec la chaleur*, dont nous avons constaté l'existence au début de la maladie, se prolongent pendant tout son cours. Parfois ils se produisent à divers intervalles. L'accélération du *pouls* n'est jamais très considérable; cependant, quelle qu'elle soit, elle ne mérite pas moins de fixer notre attention, car elle distingue l'affection dont il s'agit d'une simple gastralgie, que, malheureusement pour les progrès de la science, on a si longtemps confondue avec la gastrite chronique.

Nous ne trouvons pas, dans les observations, *ce trouble des fonctions cérébrales* que l'on donnait, il y a quelques années, comme un accompagnement nécessaire des affections de l'estomac. Dans les observations de M. Louis, l'exercice des facultés intellectuelles et des organes des sens demeurait sans altération, et il n'y eut, dans aucun cas, de *céphalalgie* qu'on pût rapporter à l'affection gastrique.

La *physionomie*, ainsi que le prouvent les faits, n'a quelque chose de remarquable qu'au moment où se font sentir les douleurs épigastriques. Son expression est alors, comme le fait encore remarquer M. Louis, celle qu'elle prend dans les coliques.

On n'a point observé de *douleur* ni de *brisement des membres*, qu'on pût rattacher à l'existence de l'affection de l'estomac. L'*état des forces* est en rapport soit avec l'abondance et la fréquence des évacuations, surtout quand il y a des selles abondantes, soit avec le défaut plus ou moins complet d'alimentation ; mais il est très peu influencé par l'inflammation de l'estomac elle-même, puisque, dans des circonstances différentes de celles que je viens de signaler, les malades ont pu se livrer à leurs travaux habituels jusqu'à une époque très avancée de leur affection.

Quant à l'*état de la langue*, comme dans la gastrite aiguë, il n'offre point ce-

aspect particulier qu'on a voulu donner comme un signe propre aux affections de l'estomac. Tantôt dans l'état naturel, tantôt seulement un peu rouge à la pointe, avec des villosités blanches ou roussâtres au centre, la langue est toujours humide, à moins que la gastrite ne survienne dans le cours d'une autre maladie, dans laquelle le mouvement fébrile influe sur l'état de cet organe.

Je n'ai point parlé de la diarrhée, quoiqu'on l'ait observée chez la plupart des malades, et que quelques personnes puissent croire, d'après cela, qu'elle était un symptôme de la maladie, ou, en d'autres termes, qu'il y avait une gastro-entérite chronique ; mais l'examen des faits prouve qu'elle était due à la maladie chronique principale, et surtout à la phthisie; et ce qui le prouve plus encore, c'est que, dans plusieurs cas où la maladie s'est montrée à l'état de simplicité, il y a eu, au contraire, *constipation.*

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner à la gastrite chronique; toutefois, avant de passer outre, il importe de donner quelques explications. Dans la plupart des cas dont j'ai fait l'analyse, la gastrite était à l'état de complication : peut-on en conclure que les symptômes ont été modifiés par cette circonstance, et qu'ils auraient été différents si la maladie s'était montrée à l'état de simplicité ? C'est ce qu on ne saurait admettre ; car si l'on examine les observations de cette dernière espèce qui ont été recueillies en petit nombre, on trouve que tous les phénomènes ont été absolument les mêmes, et la guérison survenant a prouvé que la maladie n'était nullement sous la dépendance d'une affection organique profonde.

En résumé donc, nous pouvons dire que la gastrite chronique reconnaît pour symptômes : la perte plus ou moins complète de l'appétit, les douleurs épigastriques, les nausées, les vomissements, soit de bile, soit d'aliments, et que parmi ces phénomènes les nausées et les douleurs à l'épigastre sont les plus constants.

Il est des cas cependant où ces derniers symptômes peuvent manquer eux-mêmes, et alors la maladie est véritablement *latente.* M. Louis en a cité un exemple remarquable dans la *dix-neuvième observation* de son mémoire, où l'on trouva un mamelonnement considérable de l'estomac avec épaississement de la muqueuse et sécrétion d'un liquide visqueux, quoiqu'on n'eût observé d'autres symptômes qu'une anorexie persistante : nouvelle cause évidente du vague et de l'incertitude où nous sommes sur les signes positifs de l'affection qui nous occupe.

Je n'ai pas, comme on le voit, fait entrer dans la description précédente ces cas dans lesquels, suivant les auteurs, il y a soit des douleurs atroces, des vomissements incessants, des hématémèses, des signes de cachexie; soit, au contraire, de légers troubles fonctionnels avec douleurs spontanées plus ou moins vives, sans le moindre mouvement fébrile. Je me suis, en effet, convaincu que les cas de ce genre, introduits par les auteurs dans l'histoire de la gastrite chronique, se rapportent aux ulcères, aux cancers de l'estomac ou à la gastralgie. Il est à désirer qu'on ne tombe pas dorénavant dans cette confusion, car ce sera le seul moyen d'éclairer ce sujet important.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Je ne peux mieux faire, relativement à la *marche* et à la *durée* de la maladie, que de laisser parler M. Louis, qui a analysé ses observations sous ce point de vue. « En général, dit-il, la maladie parcourait ses diverses périodes avec lenteur, sa durée

était considérable, et l'on peut croire qu'elle l'eût été encore davantage sans les complications qui existaient. On l'a vue de trois mois et demi dans un cas, de six dans un autre, de treize dans un troisième, sans qu'on ait observé une différence correspondante dans l'état des organes après la mort..,

» Dans sa forme chronique, la maladie, comme toutes les affections de long cours, n'avait pas une marche uniforme ; elle semblait quelquefois stationnaire ou même tendre vers la guérison ; mais le mieux apparent était promptement suivi de rechutes. Nous en avons signalé un exemple remarquable chez un sujet qui, après cinq mois de maladie, recouvre l'appétit pendant un espace de temps à peu près aussi considérable, paraît entrer en convalescence, et dont l'affection n'en marche pas moins ensuite, bien qu'avec lenteur, vers une terminaison funeste. »

Quant à la *terminaison*, s'il est vrai de dire que, dans le plus grand nombre des cas, elle a été fatale, il est permis de croire que, dans la plupart d'entre eux, ce n'est pas à l'affection de l'estomac qu'il faut attribuer cette issue malheureuse, mais bien aux progrès de l'affection principale à laquelle la gastrite chronique est venue se joindre comme nouvelle cause de mort. Ce qui le prouve, c'est que M. Louis a cité trois observations dans lesquelles la guérison a eu lieu, bien que les symptômes aient eu une intensité remarquable. En pareil cas, les vomissements s'apaisent d'abord, puis les nausées, puis les douleurs épigastriques, et enfin on voit l'appétit revenir peu à peu à son état normal.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Je ne peux pas m'étendre longuement ici sur le diagnostic différentiel de cette affection ; je dois le renvoyer après l'histoire du *ramollissement blanc*, du *cancer* et de la *gastralgie*. Je me contenterai, en attendant que nous ayons les éléments de ce diagnostic si difficile, d'insister sur la valeur séméiologique des symptômes, et, pour cela, je ne saurais mieux faire encore que d'emprunter à M. Louis tout ce qu'il a dit à ce sujet, car on y trouve une analyse exacte de ses observations.

« Nous avons vu, dit-il, que l'affection dont il s'agit se développait le plus souvent chez les sujets dont l'appétit et les digestions étaient altérés depuis un temps considérable ; qu'à son début il y avait fièvre, nausées, vomissements, anorexie plus ou moins complète ; que ces symptômes, accompagnés, précédés ou suivis de douleurs à l'épigastre, se montraient dans tous les cas ; que jamais les nausées et l'anorexie n'avaient manqué ; que l'épigastralgie avait été observée onze fois sur douze, etc.

» Nous venons de voir que ces symptômes persistaient avec des rémissions plus ou moins longues jusqu'à la mort ; que, dans presque tous les cas, la maladie était lente. Nous avons en outre remarqué qu'elle se manifestait dans le cours des affections chroniques, et plus ordinairement dans la phthisie pulmonaire, qu'elle précède rarement.

» Toutes les fois donc que nous rencontrerons chez des personnes atteintes d'affections chroniques, et ayant eu pendant longtemps des digestions difficiles, avec diminution de l'appétit, les symptômes indiqués, nous devrons, quand ils auront existé quelque temps, vingt jours, un mois, six semaines, par exemple, soupçonner l'existence du ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de

l'estomac (1). Dans les cas où ces symptômes viendraient à se déclarer sans altérations préalables des fonctions digestives, sans diminution de plus ou moins longue durée de l'appétit, et chez des sujets exempts de maladies chroniques, les soupçons seraient sans doute moins fondés. Cependant, comme ces suppositions se trouvent en partie réunies chez les sujets des VIIe, X^e et XIe observations, nous pensons que si les symptômes indiqués avaient duré six semaines ou deux mois, on devrait être à peu près certain de la maladie.

» Dans le cas où ces symptômes seraient peu prononcés, s'il n'y avait que des nausées sans vomissement, un simple embarras ou une douleur obtuse à l'épigastre, si surtout le dépérissement était lent et si le malade conservait ses forces, le diagnostic serait nécessairement incertain ; car on pourrait penser avoir affaire à un *cancer de l'estomac* qui marche d'une manière très chronique, et l'absence d'une tumeur très sensible à l'épigastre est loin, comme on sait, de pouvoir lever tous les doutes.

» Nous ne prétendons pas d'ailleurs que les symptômes que nous avons indiqués soient les seuls existants, que le diagnostic de la maladie ne puisse reposer que sur eux seuls ; nos conclusions ne sont que l'expression des faits que nous avons observés, et nous ne doutons pas que les observations nouvelles ne conduisent à de nouveaux signes, ou ne modifient d'une manière quelconque ceux que nous venons d'indiquer. Rappelons-nous enfin que la maladie est quelquefois latente, et que les symptômes venant à manquer, le diagnostic en est absolument impossible. »

Pronostic. Les cas de guérison cités plus haut prouvent que la maladie n'a pas, par elle-même, un degré de gravité extrême. Elle vient ordinairement s'ajouter, comme je l'ai dit, aux lésions de la maladie préexistante, pour hâter la mort ; mais, seule, elle ne donne pas lieu à cette issue funeste. On doit donc, dans les cas où elle survient chez des sujets dont la santé n'est pas déjà altérée, avoir le plus grand espoir de la voir se terminer d'une manière favorable.

§ VI. — Traitement.

Je ne serai pas moins sobre de détails, relativement au traitement de la gastrite chronique, que je ne l'ai été dans l'article consacré à la gastrite aiguë. Pourquoi, en effet, irais-je emprunter aux auteurs leurs médications, lorsqu'il est prouvé qu'ils ne les ont pas appliquées d'une manière positive à la maladie dont il s'agit ? Passons donc rapidement en revue les principaux moyens mis en usage.

Emissions sanguines. Je ne pourrais que répéter ici ce que j'ai dit, à ce sujet, à l'occasion de la gastrite aiguë. Je ferai seulement remarquer qu'on n'est porté à avoir recours aux émissions sanguines, dans la gastrite chronique, que dans les cas où les symptômes, acquérant un certain degré d'intensité, se rapprochent de ceux de la gastrite aiguë. Dans un cas de ce genre, des *sangsues* appliquées à l'épigastre enlevèrent presque subitement les douleurs (Louis) : résultat assez important pour qu'on ne néglige pas ce moyen. Cependant M. Louis fait, à propos de ce cas, la remarque suivante : « Toutefois nous observerons, par rapport au traitement de la première époque, que les antiphlogistiques ont été employés assez largement chez

(1) N'oublions pas que la description de ce ramollissement se confond avec celle de la gastrite chronique simple.

un de nos malades, dans cette même période, sans empêcher la lésion de la membrane muqueuse de l'estomac de marcher comme dans les autres cas. »

Vésicatoires et autres topiques irritants. Les vésicatoires faisant quelquefois cesser avec une grande rapidité des vomissements opiniâtres, on a proposé d'y avoir recours dans la gastrite chronique. Mais lorsqu'on les a employés avec succès, avait-on affaire à une véritable inflammation ? C'est ce qu'il est impossible de dire. Ils ont été appliqués dans quelques uns des cas observés par M. Louis, mais sans résultat notable. On ne devra donc avoir en eux qu'une confiance limitée, et en diriger surtout l'application contre les douleurs et le vomissement. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sinapismes*, des *cautères*, des *moxas*, des frictions avec l'*huile de croton tiglium*, des emplâtres saupoudrés avec l'*émétique*, de la *pommade d'Autenrieth*. Rien ne prouve, du reste, que ces moyens, lorsqu'ils sont mis en usage dans des cas où le mouvement fébrile est nul ou léger, aient les graves inconvénients que leur attribuait Broussais.

Narcotiques. Les narcotiques sont habituellement mis en usage pour calmer les douleurs et arrêter les vomissements ; on doit les regarder comme faisant partie du *traitement palliatif*, qui peut rendre les symptômes plus supportables au début, mais qui, selon la remarque de M. Louis, n'a aucun succès à une époque avancée de la maladie. Les *extraits d'opium*, de *datura*, de *jusquiame*, seront prescrits à la *dose de* 0,03 *ou* 0,05 *grammes*, ou mieux encore on administrera des *lavements d'eau de guimauve avec addition de dix ou douze gouttes de laudanum de Sydenham*. Des *cataplasmes fortement laudanisés* seront encore appliqués sur la région épigastrique.

Antivomitifs. La fréquence et la persistance des vomissements peuvent engager à prescrire la *potion de Rivière*, l'*eau de Seltz* ou tout autre antiémétique ; mais si le symptôme est dû à une exaspération de l'inflammation chronique, on est généralement sobre de ces moyens.

Vomitifs. Il semble que les vomitifs doivent, dans une maladie semblable, exaspérer considérablement les symptômes : cependant on voit, dans plusieurs observations de M. Louis, qu'ils n'ont nullement produit cet effet ; mais, d'un autre côté, ils n'ont pas procuré d'amélioration notable, en sorte que, à moins de circonstances particulières, on ne doit pas les mettre en usage ; et si, après les avoir administrés, on n'observe pas d'amendement sensible dans les symptômes, on doit y renoncer promptement.

Purgatifs. Nous avons vu que, dans la plupart des cas où la gastrite chronique vient compliquer une autre affection, il y a une diarrhée qui n'est qu'un symptôme de cette dernière. En pareil cas, les purgatifs sont évidemment inutiles ; mais la constipation peut se montrer dans les cas simples, et elle doit être combattue par de légers purgatifs, comme dans les cas de gastrite aiguë. On n'a pas plus à craindre ici ces effets désastreux qu'on redoutait il y a quelques années.

Boissons et régime. Ce que j'ai dit à propos de la gastrite aiguë s'applique entièrement au traitement de la gastrite chronique ; ce serait par conséquent tomber dans des redites inutiles que d'y revenir ici.

Moyens divers proposés par les auteurs. Que dire maintenant de tous ces moyens préconisés par la plupart des auteurs : de l'eau de *Vichy*, des *ferrugineux*, du *sous-nitrate de bismuth*, des *bains froids*, des *affusions*, des *bains de mer*, de

l'*exercice*, etc.? N'est-il pas évident qu'on a eu en vue, en les recommandant, le traitement de la *gastralgie* et du *vomissement nerveux* plutôt que celui de la gastrite chronique? Renvoyons donc à un des articles suivants ce que nous avons à en dire, et terminons ici l'histoire de ce traitement, qui demande à être éclairé par de nouvelles observations. Un résumé et des ordonnances seraient inutiles.

ARTICLE V.

RAMOLLISSEMENT BLANC AVEC AMINCISSEMENT DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE.

J'ai exposé plus haut les raisons qui me forcent à consacrer un article spécial à cette lésion décrite par plusieurs auteurs, et sur laquelle on a tout particulièrement attiré l'attention dans ces dernières années. Cet article doit être plutôt consacré à une discussion critique qu'à un exposé méthodique de la maladie. Nous avons vu, en effet, que, de quelque manière qu'on envisageât les observations, il était impossible d'arriver à une détermination positive des symptômes, ou plutôt de distinguer ceux qui appartiennent en propre au simple ramollissement. Devons-nous en conclure que la lésion qui nous occupe appartient à la gastrite, et en particulier à la gastrite chronique? C'est là précisément la question qu'il s'agit d'examiner.

Déjà Hunter (1), dans un mémoire lu en 1772 à la Société royale de Londres, avait constaté chez un bon nombre de cadavres une altération qu'il attribuait à la digestion de l'estomac par le suc gastrique. Cet auteur célèbre n'avait fait que de l'anatomie pathologique, ayant observé la lésion dont il s'agit chez les hommes morts subitement, ou chez les animaux tués dans un but expérimental. Aussi regardait-il les altérations de l'estomac comme s'étant évidemment développées après la mort. Voici, du reste, comment il s'exprime relativement à l'état de l'organe. J'emprunte à M. Carswell la traduction qu'il a donnée de ce passage, dans son mémoire que je devrai maintes fois citer un peu plus loin :

« Il y a peu de cadavres, dit Hunter, dans lesquels l'estomac, à son grand cul-de-sac, ne se trouve plus ou moins digéré, et celui qui est dans l'habitude d'en ouvrir peut facilement suivre ces différentes gradations. Pour constater cet état, on n'a qu'à comparer la surface interne du grand cul-de-sac de l'estomac avec une autre partie de cette même surface. Les parties saines sont molles, spongieuses, granulées, sans vascularité apparente, opaques et épaisses, tandis que les autres sont lisses, minces et plus transparentes. Des vaisseaux s'y ramifient, et quand on fait passer le sang qu'ils contiennent des grosses branches dans les plus petites, il sort par leurs extrémités digérées, et paraît sur la surface interne de l'estomac sous forme de gouttelettes. »

Hunter a également décrit de larges *perforations* qui résultent de cette digestion des parois de l'estomac, lorsqu'elle est portée à son plus haut degré. Spallanzani, suivant M. Carswell, constata sur les poissons l'exactitude des opinions émises par Hunter. Cette manière de voir fut également partagée par Allan Burns, dans un mémoire sur la digestion de l'estomac après la mort ; mais de plus cet auteur nota, ainsi que le fait remarquer M. Carswell, la perforation de l'estomac par le suc gastrique chez les individus exténués par de longues maladies.

(1) *Œuvres complètes de Hunter*. Paris, 1843, t. IV, p. 189.

Jaeger (1), tout en constatant l'existence de ces faits, chercha à les expliquer par une action du système nerveux qui change la sécrétion du tube intestinal et sa réaction sur les matières qu'il contient, d'où résultent la formation d'une plus grande quantité d'acide acétique et la dissolution gélatiniforme de la muqueuse stomacale.

L'explication de Chaussier (2) a quelque analogie avec celle de Jaeger. Toutefois ce n'est pas, suivant lui, un trouble nerveux qui donne lieu à la production surabondante de l'acide, mais bien une irritation primitive et spéciale des tuniques de l'estomac. Les opinions de MM. Lainé (3), Morin (4), sont toutes théoriques, puisque le premier attribue la lésion à une action morbide d'érosion, et le second à une altération de nutrition. Quant à Camerer (5), à M. Wilson Philipp, au docteur Gardner (6), ils n'ont fait que répéter les expériences faites avant eux sur l'action dissolvante du suc gastrique après la mort.

On voit que les auteurs qui précèdent n'ont eu en vue, dans leurs expériences, que ce qui se passe sur les cadavres, et la disposition particulière qui, pendant la vie, favorise la production de cette lésion cadavérique. M. Louis (7) eut occasion d'observer une lésion particulière chez des sujets qui avaient, pendant leur vie, présenté de graves symptômes du côté de l'estomac. Ce mémoire, que j'ai plusieurs fois cité à l'occasion de la gastrite chronique, étendit par conséquent la question au delà des limites dans lesquelles on l'avait jusque-là renfermée. Cependant Billard fait remarquer que Rœderer et Wagler avaient indiqué cette lésion, et voici la citation qu'il fait à ce sujet : « La tunique veloutée de l'estomac était enflammée vers la petite courbure et le cul-de-sac ; vers la grande courbure, on la voyait insensiblement plus bleuâtre, avec des taches blanches qui paraissaient en dessous. Les mêmes membranes, dans les endroits indiqués, étaient minces. » Il y a loin, comme on le voit, de ces quelques mots à la description si exacte que M. Louis nous a donnée des symptômes et de la lésion.

Les faits cités par M. Louis étaient, comme je l'ai dit plus haut, venus faire considérer sous un point de vue nouveau cette altération que les auteurs précédents n'avaient recherchée que sur le cadavre, lorsque M. Carswell, dans un mémoire plein d'intérêt, fit naître des doutes sur la nature pathologique du ramollissement dont il s'agit, en instituant ses expériences bien connues sur des animaux qu'il tuait au moment de la digestion.

Il était important, avant d'entrer dans la discussion qui va suivre, d'exposer ainsi l'état de la science. Ce n'est point un historique complet que j'ai prétendu faire ; j'ai voulu seulement établir les principaux points qu'il importe d'examiner. Voyons maintenant ce que nous devons penser de cette lésion qui a donné lieu à tant d'opinions diverses, et commençons par en présenter une description exacte, afin qu'on sache de quoi il s'agit. Voici d'abord celle que nous a donnée M. Louis (8) :

(1) *Ueber die Erweichung des Magengrundes* (*Hufeland's Journ.*, 1811 et 1813).
(2) *Bull. des sc. méd. du dép. de l'Eure*, numéro 53.
(3) *Consid. méd.-lég. sur les érosions et les perf spont. de l'estomac*. Paris, 1819, in-8.
(4) *Quelques cas d'érosions de l'estomac*. Paris, 1806, thèse in-4.
(5) *Diss. inaug.* Stuttgard, 1818.
(6) *Trans. med.-chir. of Edinburgh*, t. I.
(7) *Du ramoll avec aminc. et de la destruction de la memb. muq. de l'estomac* (*Arch. gén. de méd.*, 1824, et *Mém. ou rech. anat.-path.*, Paris, 1826).
(8) *Loc. cit.*, p. 48.

« Les dimensions de l'estomac étaient variables ; rétréci chez plusieurs sujets, il était volumineux chez d'autres, et avait rarement la capacité qui lui paraît naturelle.

» A l'extérieur, il n'avait rien de remarquable ; à l'intérieur, il présentait, dans une partie variable de sa surface, une couleur d'un blanc pâle, ordinairement bleuâtre, continue ou disposée par bandes longues et étroites, ou même par plaques plus ou moins rapprochées, irrégulièrement arrondies. Ce coup d'œil bleuâtre frappait au premier abord, et les parties qui en étaient le siége se faisaient encore remarquer par une différence de niveau avec les parties environnantes, aussi sensible au toucher qu'à la vue. Mais, tandis que, dans le cas d'ulcération de la membrane muqueuse, les bords de l'ulcère sont coupés net et perpendiculairement, on n'observait ici qu'un affaissement très marqué au point de contact de la portion de la membrane qui offrait l'aspect en question, et de celle qui l'environnait.

» Dans les points correspondant à la lésion, la membrane muqueuse était pâle, d'une ténuité et d'une mollesse extrêmes, transformée en une espèce de mucus glaireux, demi-transparent, de l'épaisseur de la membrane muqueuse du côlon, quelquefois moins. En sorte que, si l'on n'y eût apporté la plus grande attention, on aurait pu croire, dans beaucoup de cas, la muqueuse gastrique entièrement détruite et la tunique celluleuse tout à fait à nu : quelquefois, à la vérité, cette destruction existait dans une petite étendue, plus rarement dans un espace considérable. Les vaisseaux qui rampent à la surface du tissu sous-muqueux étaient très apparents, larges et vides. Quand il y avait des mucosités dans l'estomac, on n'en rencontrait ni dans la partie où la membrane muqueuse avait été détruite, ni là où elle avait subi la transformation indiquée.

» Au lieu de la teinte blanchâtre et bleuâtre dont nous venons de parler, la membrane muqueuse, ramollie et amincie, était quelquefois d'un blanc pâle et opaque, ou même grise. Quelquefois encore, la couleur blanchâtre et bleuâtre se trouvait mêlée de tâches rougeâtres ou noirâtres, ce qui semblait indiquer que la couleur n'était pas un des caractères essentiels de la lésion.

» Quand cette lésion se présentait sous forme de bandes longues et étroites, elle était presque également répartie sur toute la surface de l'estomac. Quand, au contraire, elle était continue à elle-même, elle occupait la grosse extrémité du ventricule, était rarement bornée au grand cul-de-sac, et existait quelquefois en même temps près du pylore et du cardia.

» A deux exceptions près, le tissu sous-muqueux était sain et d'une fermeté convenable. Nous l'avons vu plus dense que d'ordinaire dans certains cas ; mais la différence ne nous a pas semblé assez évidente pour rien affirmer de positif à cet égard. La membrane musculaire était ramollie dans les mêmes circonstances que la sous-muqueuse.

» L'amincissement avec ramollissement léger, l'amincissement avec ramollissement considérable de la membrane muqueuse, sa destruction, celle de tous les tissus de l'estomac dans une certaine étendue, à l'exception de la tunique péritonéale, se rencontraient quelquefois chez le même sujet, et offraient, ainsi que nous l'avons remarqué, le tableau de la marche de la nature dans les perforations de l'estomac.

» Outre la lésion que nous venons de décrire, la membrane muqueuse de l'estomac offrait encore, dans le reste de son étendue, des particularités qu'il importe

de faire connaître. Ainsi, nous l'avons trouvée, dans 4 cas, d'un rose tendre ou plus ou moins vif, un peu grisâtre dans deux autres. Quelquefois cette couleur rouge était extrêmement vive au voisinage de la muqueuse décolorée, ramollie, amincie, et la partie de la membrane où on l'observait était mince et presque aussi molle que la portion décolorée avec laquelle elle se continuait. Dans plusieurs cas, la muqueuse était inégale, mamelonnée ou bourgeonnée à sa surface, et quelquefois des ulcérations plus ou moins profondes se joignaient à cette lésion. »

J'ai cru devoir rapporter ce passage tout entier, parce que nous ne pouvions pas trouver un meilleur point de comparaison pour examiner le mémoire de M. Carswell. Ce qu'il y a surtout à remarquer dans la description qui précède, c'est l'amincissement de la muqueuse, son ramollissement extrême, sa destruction en quelques endroits, la couleur blanc bleuâtre qu'elle offrait dans les points altérés, la forme de bandes qu'affectait parfois cette lésion, et enfin la couleur rosée ou rouge vif, le mamelonnement et les ulcérations que l'on observait aux environs. Voyons maintenant ce qui a été trouvé par M. Carswell sur des animaux tués pendant l'acte de la digestion.

Cet auteur ayant tué brusquement des lapins après les avoir fait manger copieusement, a vu la partie la plus déclive de l'estomac ramollie dans une plus ou moins grande profondeur, suivant que l'action des liquides qu'il contenait avait été plus ou moins forte. Ainsi, dans un point, on trouvait une ou plusieurs perforations, avec sortie de la matière chymeuse; aux environs, c'était une érosion, une destruction de la membrane musculeuse et de la muqueuse; plus loin, celle-ci était seule ramollie. Les parties ainsi altérées présentaient la couleur blanche avec le reflet bleuâtre et la demi-transparence que nous avons signalée dans les observations recueillies par M. Louis. M. Carswell, pour faire comprendre la différence qui existe entre ce ramollissement cadavérique et le ramollissement pathologique, se sert de la comparaison suivante : Le premier, dit-il, pourrait être comparé à la fécule qu'on a fait bouillir dans l'eau, et le second, à cette substance qu'on aurait seulement délayée. En outre, cet expérimentateur a remarqué que les vaisseaux environnants avaient une couleur brune noirâtre très marquée, ce qu'il attribue à l'action du suc gastrique sur le sang. Enfin, il fait remarquer que les organes qui environnent l'estomac, et avec lesquels le liquide que contenait celui-ci est en contact après la perforation, présentaient eux-mêmes un ramollissement semblable; mais que, dans aucun cas, il n'y avait de traces de péritonite violente qui pussent faire croire que le liquide avait été épanché pendant la vie. De ses expériences, il conclut :

« 1° Que le ramollissement, l'érosion et la perforation de l'estomac peuvent se faire et se font souvent après la mort chez des animaux sains tués pendant le travail de la digestion ;

» 2° Que ces lésions reconnaissent pour cause le suc gastrique, la sécrétion normale de l'estomac ;

» 3° Que les propriétés de ce fluide dans l'estomac qui a subi l'une ou l'autre de ces lésions, ou toutes à la fois, ne diffèrent pas de celles qu'il présente dans un estomac sain et vivant, pendant la digestion des aliments;

» 4° Que l'acidité, dans ces deux cas, est un caractère fixe et essentiel de ce

fluide, et que la dissolution des parois de l'estomac, comme celle des aliments, en est la conséquence nécessaire, un effet purement chimique ;

» 5° Que le ramollissement, l'érosion et la perforation se produisent également dans d'autres organes, tels que le foie, la rate, les intestins, le diaphragme, le péritoine et les plèvres ; que dans tous ces cas le suc gastrique est l'agent chimique qui produit ces lésions, l'action de ce fluide sur ces organes étant déterminée par la position, la pesanteur, l'imbibition ;

» 6° Que les effets qui résultent de l'opération du suc gastrique ne se montrent pas seulement sur l'animal mort ; ils se développent d'une manière bien prompte et aussi complète hors de l'animal, dans des organes morts où ce fluide a été introduit ;

» 7° Que toutes les lésions observées chez les lapins, soit ramollissement, soit érosion ou perforation, se sont produites après la mort ;

» 8° Que l'action dissolvante du suc gastrique est nulle sur les tissus vivants. »

J'ai rapporté ces conclusions de M. Carswell, afin de faire voir quel est le point d'où il est parti pour combattre l'opinion de ceux qui regardent le ramollissement avec amincissement de l'estomac comme une lésion qui pourrait s'être produite pendant la vie. Elles découlent, sans doute, de ses expériences, quoiqu'on ne voie pas dans la première partie de son mémoire des raisons bien convaincantes d'admettre, comme il le fait, que l'action dissolvante du suc gastrique ne peut avoir lieu pendant la vie. Mais comme c'est là une opinion physiologique généralement admise, nous allons passer outre et examiner comment M. Carswell cherche à démontrer que le ramollissement, dans les cas analysés plus haut, était une lésion purement cadavérique.

Il se fonde d'abord sur l'identité des lésions ; mais nous ferons observer que dans un certain nombre de cas ces lésions n'étaient point identiques. Ainsi on ne trouve pas, chez les animaux soumis aux expériences, la couleur rosée ou rouge vif, et surtout le mamelonnement de la muqueuse. Or c'est précisément ces lésions, auxquelles faisait suite le ramollissement, qui avaient principalement frappé M. Louis, et qui lui avaient fait regarder cette altération comme une conséquence de l'inflammation. M. Carswell, il est vrai, veut rapprocher ces colorations particulières de celles qu'il a observées, et qui proviennent de l'action du suc gastrique sur le liquide contenu dans les vaisseaux ; mais évidemment cette comparaison est fautive, puisque, comme M. Louis le fait remarquer, les vaisseaux voisins de la lésion étaient larges et vides. Il y a donc ici une différence entre les faits observés chez les hommes qui ont succombé après une maladie plus ou moins longue, et ce qui a été noté chez les animaux sacrifiés dans les expériences.

Quant à la forme de bandes qu'affectait le ramollissement dans certains cas, M. Carswell l'explique par un resserrement de l'estomac qui aurait produit des plis très prononcés dont l'acide gastrique n'aurait pu attaquer que le sommet. Cette explication paraît, en effet, satisfaisante. Toutefois il serait important d'examiner de nouveau les faits sous ce point de vue.

Jusqu'à présent nous voyons qu'il y a en faveur de chacune de ces opinions contradictoires des raisons dont il est difficile d'apprécier rigoureusement la valeur : restent maintenant les symptômes qui ont été observés pendant la vie, et c'est là un

point très important. M. Carswell a senti combien cette objection était puissante, et il s'est attaché particulièrement à la combattre. Voici comment il s'exprime à ce sujet (1) : « Mais que faut-il dire de ce désordre fonctionnel de l'estomac qui précède souvent les lésions organiques dont il s'agit, et que l'on trouve dans cet organe après la mort ? Certes nous ne pouvons y voir que des phénomènes qui décèlent un état de souffrance de l'organe digestif ; mais nos expériences nous ayant conduit à rejeter toute explication des phénomènes fondés sur ces lésions, nous ne pouvons les regarder que comme produits par un état pathologique de l'estomac peu grave en lui-même, symptomatique de désordres plus profonds d'autres organes, d'autres systèmes ou de l'économie tout entière. Il est digne de remarque que la fréquence ou la gravité des lésions dont nous parlons coïncide avec des altérations remarquables de la nutrition qui, par le rapport intime qui existe entre cette fonction et celles de l'estomac, doivent produire dans celles-ci des modifications correspondantes. Ainsi c'est chez les enfants que ces lésions se présentent les plus fréquentes et les plus étendues. Après eux viennent les femmes en couches. Chez les premiers, le développement ou la nutrition progressive des organes exige une digestion active et presque constante. Chez les secondes, cette même fonction doit suppléer à une double nutrition, à celle de la mère et à celle de l'enfant. Peut-être aussi devrions-nous voir les mêmes rapports fonctionnels chez les phthisiques et les scrofuleux, où ces lésions ne sont pas rares. Mais quelle que soit l'importance que l'on attache à cette explication de la fréquence et de la gravité de ces lésions chez les individus dont nous venons de parler, nous pouvons établir en principe qu'elles ne peuvent dépendre, en dernière analyse, que d'une disposition de l'estomac qui favorise la sécrétion du suc gastrique. »

Je ne crois pas qu'on puisse être entièrement satisfait d'une pareille explication ; car précisément ce que M. Carswell établit en principe, savoir que la lésion dont il s'agit ne peut être qu'un effet cadavérique, et ne peut par conséquent donner lieu à aucun symptôme pendant la vie, était ce qu'il fallait démontrer par d'autres faits que par des expériences instituées sur des animaux en pleine santé. Si l'on pouvait, en produisant artificiellement chez les animaux une inflammation de l'estomac, prouver que jamais, quelque persistance qu'ait la maladie, elle ne se termine par le ramollissement blanc, à moins que le liquide gastrique n'ait été laissé en contact avec l'organe après la mort, on arriverait à une conclusion plus solide ; mais c'est ce qu'on n'a pas encore tenté. Quant à cet état de souffrance mal défini auquel M. Carswell attribue tous les symptômes gastriques observés pendant une longue maladie, on voit que c'est là une idée purement hypothétique que l'auteur a été obligé de mettre en avant pour expliquer les faits.

Il est encore d'autres considérations qui empêchent d'accepter entièrement la manière de voir de M. Carswell, au moins pour un certain nombre de cas. La première, c'est que des expériences faites sur des animaux on n'est pas toujours en droit de conclure rigoureusement à ce qui se passe chez l'homme. La seconde, c'est que, dans quelques cas, l'action du suc gastrique a été nulle, bien que la mort fût survenue pendant l'acte de la digestion ; ce qui, rapproché de la constance avec laquelle la lésion décrite par M. Carswell s'est produite chez les animaux, semble prouver qu'elle exige chez l'homme des circonstances particulières.

(1) *Journ. hebd. de méd.* Paris, 1830, t. VII, p. 538.

Que conclure maintenant de ce qui précède ? J'ai exposé, sans rien déguiser, les nombreuses difficultés qui s'opposent à la solution de cette question délicate. S'il m'est permis d'exprimer à ce sujet un avis, je dirai que des expériences de M. Carswell il résulte que, dans l'examen cadavérique de l'estomac, l'action du suc gastrique, après la mort, vient souvent constituer une complication qu'il est difficile d'apprécier ; que cependant, dans un certain nombre de cas, il existe des signes d'inflammation qu'on ne saurait méconnaître ; qu'enfin il est possible que cette inflammation même favorise dans les parties qu'elle a atteintes le ramollissement cadavérique, non seulement en modifiant la composition du fluide gastrique, mais encore en rendant l'organe plus sensible à l'action de ce fluide. Je ne me dissimule pas, sans doute, tout ce que cette explication laisse encore à désirer ; mais la similitude qui existe sous le rapport des symptômes, entre les cas évidents d'inflammation et ceux de simple ramollissement, la rend seule admissible, jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues nous éclairer définitivement (1).

On pourrait donc donner la description symptomatique du ramollissement blanc avec amincissement de la muqueuse gastrique ; mais comme cette description ne différerait en rien de celle que j'ai présentée dans la gastrite chronique, il serait inutile de la reproduire ici, ou, pour mieux dire, je crois qu'il résulte de la discussion précédente, qu'on doit confondre, relativement aux symptômes, ce ramollissement avec la gastrite chronique, dont il est ordinairement une conséquence soit pathologique, soit cadavérique. Ce qui le prouve encore surabondamment, c'est que, sauf quelques cas où l'affection qui nous occupe est latente, dans les maladies entraînant la mort et qui ne donnent pas lieu aux symptômes dont il s'agit, on ne trouve pas plus le ramollissement blanc que le ramollissement rouge et franchement inflammatoire.

On conçoit maintenant quelles sont les raisons qui m'ont fait entrer dans cette discussion. Il n'est point, en effet, indifférent pour le praticien de regarder ce ramollissement comme un effet purement cadavérique, et d'en séparer entièrement les symptômes pour les rapporter uniquement à un simple état de souffrance de l'estomac, ou bien de regarder ceux-ci comme l'expression d'une lésion profonde de l'organe. Dans le premier cas, en effet, on serait sans doute porté soit à n'avoir recours à aucun traitement local, soit à employer des moyens bien différents de ceux qu'on mettrait en usage dans la seconde manière de voir.

On sent qu'il serait entièrement inutile de parler du traitement du ramollissement avec amincissement de l'estomac, puisque, ayant admis qu'il se produit dans les mêmes circonstances que la gastrite chronique, il n'y a pas d'autre traitement à lui opposer que celui de cette maladie. Malheureusement la lésion est souvent trop profonde pour qu'on puisse espérer de bons effets d'une médication quelconque. Cependant n'oublions pas les observations de guérison rapportées par M. Louis.

ARTICLE VI.

RAMOLLISSEMENT GÉLATINIFORME DE L'ESTOMAC.

Voici encore une altération dont il est bien difficile d'apprécier la valeur. Nous

(1) Voy., à ce sujet, ce que j'ai dit à l'article *Gastrite chronique simple*.

allons trouver, il est vrai, dans les auteurs, une description de ses caractères et de ses symptômes; mais nous serons arrêtés sur bien des points, et notamment dans la détermination de la nature de la maladie.

C'est à M. Cruveilhier (1) qu'on doit la première description de ce ramollissement qu'il a, suivant son rapport, observé sous *forme épidémique* en province, et plus tard retrouvé à Paris. Cet auteur a non seulement étudié la lésion et les symptômes qu'elle produit, mais encore recherché ses causes et indiqué son traitement.

Billard (2) a cité quelques observations dans lesquelles le ramollissement s'est montré à un haut degré, et a tracé une courte description générale qui ne diffère pas très sensiblement de celle de M. Cruveilhier. Il est peu d'autres auteurs qui se soient occupés d'une manière spéciale de cette espèce de ramollissement (3). Quant à moi, je dois dire que, dans l'espace de trois ans passés aux Enfants-Trouvés, je n'en ai pas rencontré un seul exemple bien déterminé, et, d'un autre côté, M. Louis n'en a jamais vu chez l'adulte, quoiqu'il ait examiné l'estomac dans tant de maladies diverses; ce qui prouve que si cette affection n'est pas très rare, du moins elle ne se montre pas indifféremment dans toutes les circonstances. Ce sont, au reste, des questions sur lesquelles je reviendrai plus loin.

Causes. M. Cruveilhier nous apprend que la maladie se montra d'abord, à son observation, sous *forme épidémique*, et régna durant les plus *fortes chaleurs de l'été.* Cet auteur ne regarde comme démontrées ni l'influence de l'éruption des dents, ni celle de la présence des *vers dans le tube digestif.* Mais il accorde une grande importance à certaines *affections fébriles*, et surtout aux affections *cutanées*, comme la *scarlatine* et la *variole.*

Telles sont les principales circonstances dans lesquelles, suivant cet auteur, se produit le ramollissement gélatiniforme. Quant aux causes qui favorisent son apparition, ce sont toutes celles qui irritent violemment l'estomac, et en particulier les *amers* et les *purgatifs violents.* Aucun autre auteur n'a ajouté à cette étiologie du ramollissement gélatiniforme.

Il est très difficile de discuter la valeur de ces diverses causes, car nous ne savons pas encore quelle est celle des lésions elles-mêmes. Je ferai seulement ici une remarque : dans les observations que nous connaissons, ce ramollissement s'est montré constamment comme lésion secondaire. Chez les sujets observés par Billard, c'était dans le cours du *muguet* qu'apparaissaient les symptômes gastriques. M. Cruveilhier, ainsi que nous l'avons vu, a rencontré la maladie dans le cours d'autres affections, et moi-même je n'ai vu un ramollissement qui se rapprochât un peu de celui dont il est ici question que dans un cas de muguet intense. Sous ce rapport, par conséquent, le ramollissement gélatiniforme ne diffère pas sensiblement de celui que nous venons de décrire dans l'article précédent.

Symptômes. Ce sont Billard et M. Cruveilhier qui ont décrit avec le plus de soin

(1) *Méd. éclairée par l'anat. path.* Paris, 1821, et *Anat. pathologique du corps humain*, avec planches coloriées, 10ᵉ livr.

(2) *Traité des malad. des enfants : Maladies de l'appareil digestif ; Ramoll. gélatin.*

(3) Je n'ignore pas cependant qu'il a paru en Allemagne plusieurs travaux sur ce sujet. Nous connaissons en particulier le mémoire de M. Iselin de Mulheim, traduit dans les *Arch. de méd.* (3ᵉ série, 1840, t. VIII, p. 204). Mais plusieurs états divers étant confondus dans ces travaux, il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à s'en servir.

les symptômes de cette affection ; c'est à eux par conséquent que j'emprunte la description suivante.

D'après M. Cruveilhier, il y a d'abord une *première période* pendant laquelle se développent les phénomènes dont voici le tableau : La digestion se trouble ; l'enfant est pris d'un dévoiement qui augmente rapidement ; il dépérit à vue d'œil, devient difficile, capricieux, morose, veut toujours avoir le mamelon à la bouche s'il tette encore, et repousse les aliments qu'il recherchait le plus. Il a une *soif* très vive, ce que l'on reconnaît à l'avidité avec laquelle il saisit le vase qu'on lui présente. Cette première période peut durer depuis huit jours jusqu'à deux mois, et suivant l'auteur que je cite, le dévoiement et les symptômes qui l'accompagnent ressemblent tellement à d'autres maladies peu dangereuses, qu'il faut être sur ses gardes pour ne pas prendre le change.

La *seconde période* est la seule à laquelle Billard ait donné son attention ; voici comment il la décrit : La maladie débute ordinairement par les symptômes d'une gastrite violente : tels sont la *tension de l'épigastre*, dont la région est *douloureuse* au toucher, et des *vomissements*, non seulement du lait et des boissons, mais encore de matières jaunes ou vertes ; ces vomissements surviennent à chaque moment, soit immédiatement, soit longtemps après que l'enfant a bu ou mangé.

Relativement à ces symptômes, M. Cruveilhier fait remarquer que l'affection de l'estomac peut aussi débuter par des *nausées* précédant des *vomissements continuels*, et qu'il y a en outre une *toux avec régurgitation*, comme dans la coqueluche.

Il y a quelquefois, ajoute Billard, de la *diarrhée*, et cette diarrhée varie suivant les sujets ; elle revient après avoir cessé un ou deux jours. Les *matières* du dévoiement sont très souvent vertes comme celles du vomissement.

M. Cruveilhier insiste sur cette couleur verte des déjections alvines. Les selles, dit-il, sont vertes et *semblables à de l'herbe hachée*. De plus, il ajoute qu'elles exhalent une *odeur putride*. Mais continuons la description donnée par Billard :

La *peau*, dit cet auteur, est *froide*, aux extrémités. Le *pouls*, ordinairement irrégulier, présente peu de caractères constants. La *physionomie* exprime naturellement la douleur ; la *face* reste ridée, comme si l'enfant criait. Son *cri* est pénible, sa *respiration* saccadée, et l'*agitation* générale est telle, qu'on serait porté à croire à l'existence d'une affection cérébrale.

A ces premiers symptômes succède un état général de *prostration* et d'*insensibilité*, dont quelques réveils de douleurs viennent de temps en temps tirer l'enfant pour faire renaître l'agitation qui s'était montrée au début de la maladie. Enfin, au bout de six, huit ou quinze jours, et quelquefois au bout d'un temps plus long encore, le malade succombe épuisé par l'*insomnie*, les vomissements continuels et la douleur. Chez les enfants fort jeunes, il se manifeste à peine un peu de fièvre au milieu de ce désordre. Lorsque la maladie est chronique, la marche des accidents est plus lente.

M. Cruveilhier a insisté sur la plupart de ces symptômes, et notamment sur la grande agitation des malades. Il indique en outre le *grincement des dents*, l'état des *yeux*, qui sont à demi fermés et tournés en haut, quelquefois largement ouverts et immobiles ; l'expression de la *face*, qui est *cadavéreuse*, et une *émaciation*, qui est portée au plus haut degré dans l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Tels sont les symptômes exposés par ces auteurs, qui les ont décrits méthodiquement. Si maintenant nous les examinons sous un point de vue critique, nous verrons qu'il n'est point parfaitement démontré qu'on doive les rapporter tous à la lésion de l'estomac. Prenons, en particulier, les observations de Billard. N'est-il pas un bon nombre de ces phénomènes qui paraissent appartenir bien plutôt à la maladie principale, c'est-à-dire au *muguet*, qu'à une lésion de l'estomac que nous avons vue, plus haut, donner presque uniquement lieu à des symptômes locaux? Qu'on se rappelle, en effet, la description que j'ai donnée du *Muguet* (voy. p. 234 et suiv.), et l'on verra que l'agitation venant interrompre un calme plus ou moins profond, la soif, le collapsus dans lequel tombent les malades, l'émaciation, la diarrhée verte, sont des symptômes de cette maladie : nouvelle raison de croire que le ramollissement gélatiniforme de l'estomac n'est, dans la grande majorité des cas, qu'une lésion secondaire due à une maladie fébrile antécédente. C'est ce qui nous explique la manière de voir contradictoire de plusieurs auteurs; car les uns n'ont eu égard qu'aux symptômes de la maladie principale, et les autres n'ont porté leur attention que sur les symptômes locaux. Il n'est même pas démontré que les vomissements si remarquables, observés dans les cas recueillis par M. Cruveilhier et par Billard, aient été uniquement produits par la lésion de l'estomac. Nous avons constaté, en effet, dans l'article que je viens de citer, qu'ils se montrent avec les mêmes caractères dans le muguet : toutefois il faut reconnaître que l'état des parois gastriques a dû favoriser leur apparition, et, sans doute, augmenter leur fréquence.

Marche; durée; terminaison. Nous avons vu que Billard reconnaissait un ramollissement gélatiniforme de l'estomac à *marche aiguë*, et un autre à *marche lente;* mais, encore ici, n'est-ce pas la marche de la maladie principale que cet auteur a eue en vue? Dans la gastrite secondaire, dont j'ai donné la description, on aurait pu faire la même confusion, si les faits n'avaient été étudiés avec beaucoup de soin. La même réflexion s'applique aux symptômes précurseurs ou prodromes admis par M. Cruveilhier.

Quant à la *durée* de l'affection gastrique elle-même, on vient de voir que Billard la renferme, pour la grande majorité des cas, dans un espace de huit à quinze jours.

Dans les faits que nous connaissons, la maladie a eu presque toujours, sinon toujours, une *terminaison* fatale, et c'est encore un motif de penser qu'elle n'était autre chose qu'une affection secondaire, venant ajouter une nouvelle cause de mort à celles qui existaient déjà.

Lésions anatomiques. Le passage suivant, tiré d'une observation de Billard, nous fera connaître quelles sont les lésions qui ont été décrites sous le nom de *ramollissement gélatiniforme :* « L'estomac est d'un blanc jaunâtre dans toute son étendue; mais, au niveau de la grande courbure, la membrane muqueuse est très tuméfiée, blanchâtre, et tellement molle, qu'elle se rompt dès qu'on y touche, et tombe sous les doigts sous forme d'une pulpe mollasse et humide. En pressant cette membrane entre les doigts, on en fait exsuder un fluide séreux qui, reçu dans un verre de montre, se congèle au bout d'une demi-heure, et présente alors le même aspect et la même consistance gélatiniforme qu'avait l'estomac. Les autres tuniques, qui sont comme macérées dans ce liquide, se rompent avec la plus grande facilité dès qu'on exerce sur elles la moindre traction. »

Dans l'observation suivante, Billard complète cette description en ces termes : « Lorsque le détritus de la membrane muqueuse est enlevé, la tunique musculeuse, dont les fibres sont restées intactes, forme, avec la tunique séreuse, le fond de la désorganisation. La circonférence du ramollissement est entourée par un bourrelet ou boursouflement très rouge de la membrane muqueuse, qui, dans cet endroit, n'est point encore ramollie, et qui, lorsqu'on la coupe, paraît comme infiltrée d'une sérosité sanguinolente. Le reste de la surface de l'estomac offre quelques stries irrégulières d'un rouge plus ou moins vif et, dans certains points, une injection capilliforme très intense. »

Ce qu'il y a de remarquable dans cette description, c'est l'épaississement considérable de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, l'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente dont ces parties sont le siége, et enfin, dans le dernier fait, cette rougeur vive qui semble indiquer l'existence d'une inflammation. Il y a, comme on le voit, une bien grande différence entre cette lésion et celle qui a été décrite plus haut sous le nom de *ramollissement avec amincissement.* Celle dont il s'agit ici ne peut évidemment être rapportée à une lésion purement cadavérique, quoique M. Carswell ait pensé le contraire. On ne conçoit pas, en effet, qu'une simple digestion de l'estomac par le suc gastrique puisse produire une tuméfaction des parties et une infiltration séreuse ou séro-sanguinolente.

Diagnostic. On comprend combien il est difficile, avec les renseignements que nous avons, de porter un diagnostic précis de cette affection. La tension, la douleur de l'épigastre, les vomissements continuels font, il est vrai, reconnaître qu'il existe une lésion de l'estomac, mais peuvent-ils nous éclairer sur sa nature ? Je ne le pense pas ; car, si l'on se rappelle ce qui se passe dans les cas de muguet, alors qu'il existe un simple ramollissement avec rougeur, inflammation et épaississement de la muqueuse, on voit que les symptômes sont absolument les mêmes. D'un autre côté, pour bien préciser la valeur des symptômes dus à l'affection gastrique, il aurait fallu les distinguer avec soin de ceux qui appartiennent aux maladies dans lesquelles elle se produit, et c'est ce qu'on n'a pas fait. Il serait donc prématuré de vouloir tracer un diagnostic différentiel du ramollissement gélatiniforme, avant que de nouvelles observations soient venues nous éclairer sur ce point obscur de pathologie.

Pronostic. Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison fatale, si fréquente dans les cas où a existé le ramollissement gélatiniforme, et de la grande gravité des maladies dans le cours desquelles on le voit apparaître, prouve que l'état des sujets qui en sont atteints est presque désespéré.

Traitement. Billard se contente de dire que le traitement de cette maladie rentre dans celui de la gastrite en général, et que toutefois il doit être plus prompt, plus énergique que jamais ; car la maladie qu'il est destiné à combattre marche avec une rapidité si effrayante, qu'il faut s'empresser d'agir dès l'apparition du premier symptôme propre à la faire connaître.

M. Cruveilhier s'est, au contraire, attaché à tracer le traitement propre à la maladie qui nous occupe ; il le divise *en traitement curatif* et *traitement prophylactique*, et voici, selon lui, comment il doit être dirigé :

Traitement curatif. — Diminution des boissons. D'abord M. Cruveilhier recommande *de ne pas satisfaire l'avidité que l'enfant manifeste pour les boissons.*

Il a, en effet, dit-il, remarqué que les symptômes s'aggravaient toujours quand on ne prenait pas cette précaution.

Diète lactée. Il veut que l'on se borne à donner un peu de *lait* aux malades, et, autant que possible, le lait d'une bonne nourrice. Si toutefois l'enfant est sevré depuis longtemps, s'il mord le mamelon, ou si, pour toute autre raison, il n'est pas possible d'employer l'allaitement naturel, il faut, suivant cet auteur, y suppléer par l'*allaitement artificiel*, mais en ayant soin de ne donner à l'enfant que du lait récemment trait et conservant sa chaleur naturelle. Il insiste beaucoup sur l'importance de cette recommandation. Après le lait de femme, celui, dit-il, qui convient le mieux, est le *lait d'ânesse;* puis viennent ceux *de vache* et *de chèvre*, auxquels il faut ajouter du sucre.

Bains chauds, émollients ou toniques. M. Cruveilhier recommande ensuite les *bains chauds*, dont la température doit être aussi élevée que l'enfant peut la supporter, afin de provoquer la transpiration. Ces bains, d'abord composés avec des décoctions de *plantes mucilagineuses*, sont plus tard rendus toniques par l'infusion de quelques *herbes aromatiques*, du *quinquina*, de la *tanaisie*, ou de l'*absinthe*.

Opium. Vient ensuite l'opium, sur l'administration duquel il insiste beaucoup. Il le prescrit de la manière suivante :

℞ Extrait gommeux d'opium. 0,05 gram. | Sirop de gomme........... 60 gram.

Mêlez exactement.

℞ De ce mélange.............................. 15 gram.

Délayez dans :

Eau commune.............................. 90 gram.

A prendre par cuillerées à café, de deux en deux heures.

Dans le cas où ce médicament serait promptement vomi, il faudrait le donner à la *dose de 1 centigramme seulement*, dans un *lavement* de graine de lin ou de gélatine.

Émissions sanguines ; sinapismes ; vésicatoires. Quoiqu'il n'ait observé aucun effet bien sensible de la part des *émissions sanguines*, des *sinapismes* et des *vésicatoires*, M. Cruveilhier pense que ces moyens peuvent venir en aide à la diète lactée, aux bains et à l'opium. Je ferai toutefois remarquer, relativement aux sinapismes et aux vésicatoires, que les maladies dans lesquelles se produit le ramollissement gélatiniforme sont des affections fébriles, et que, puisqu'on n'a aucune preuve de l'efficacité de ces moyens, il ne serait pas prudent de les mettre en usage, surtout chez des enfants très irritables.

Traitement prophylactique. Pour préserver les enfants de l'affection dont il s'agit, M. Cruveilhier conseille *de ne point les sevrer avant l'âge d'un an.* Toutefois, ajoute-t-il, lorsqu'ils sont très forts, on peut le faire deux ou trois mois plus tôt; mais alors il faut être beaucoup plus sévère sur le choix des aliments. On doit se contenter de donner du *bouillon gras* coupé avec parties égales de lait. On ne doit point sevrer l'enfant trop brusquement; il faut l'accoutumer à prendre de petits repas à heures réglées, et *ne pas lui donner des fruits d'automne.* Il faut en outre *éviter l'abus des purgatifs* et des *vermifuges*, et s'opposer promptement à tout dévoiement, dès qu'il se manifeste.

Je n'ai pas cru pouvoir mieux faire que de donner cet exposé succinct du traitement d'une maladie encore mal appréciée dans sa nature et dans les circonstances de son développement. A en juger par les observations que nous connaissons, j'aurais pu même la ranger parmi les altérations secondaires, et ne pas m'en occuper d'une manière particulière ; mais comme la question n'est pas entièrement décidée, et comme le praticien pourrait se trouver en présence de quelques cas embarrassants, où il serait bien aise de connaître ce que l'on a écrit sur ce sujet obscur, j'ai pensé qu'il valait beaucoup mieux exposer tout simplement l'état de la science, en exprimant les doutes qui s'élèvent naturellement sur plusieurs points.

Il serait inutile, par les raisons que je viens d'indiquer, de donner des ordonnances. Je me contenterai de présenter le résumé du traitement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement curatif.* Ne pas céder à l'avidité des enfants pour les boissons; diète lactée; bains chauds, d'abord émollients, puis toniques; opium; émissions sanguines; sinapismes, vésicatoires (moyens d'un effet au moins douteux).

2° *Traitement prophylactique.* Ne pas sevrer les enfants trop tôt ; ne pas les sevrer brusquement ; ne pas leur donner des fruits d'automne ; éviter l'abus des purgatifs et des vermifuges.

ARTICLE VII.

GASTRITE ULCÉREUSE (1).

Dans l'article *Gastrorrhagie*, j'ai indiqué quelques cas d'ulcère dans lesquels il avait été évident que la maladie n'était pas de nature cancéreuse ; mais ces cas étant rares, on n'avait point attiré spécialement l'attention des médecins sur l'*ulcère simple de l'estomac* avant les publications de M. Cruveilhier (2) et de M. Rokitanski (3). Ces deux médecins, ayant eu occasion d'examiner un bon nombre de faits, les ont exposés dans deux mémoires qui nous serviront principalement dans le cours de cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je donne le nom de *gastrite ulcéreuse* à une affection caractérisée par la présence, dans l'estomac, d'un ulcère qui n'offre aucun des caractères du cancer. J'examinerai plus loin si tous les cas rapportés par les auteurs, et en particulier par les deux que je viens de citer, se trouvent réellement dans ces conditions.

(1) Afin qu'on ne se méprenne pas sur la valeur que je donne à cette expression, je dois dire que je ne prétends nullement soutenir que l'ulcère simple de l'estomac est la conséquence d'une inflammation ordinaire. Pour la facilité de la classification, j'ai admis une espèce particulière de gastrite caractérisée par la formation d'un ulcère, comme je l'ai déjà fait pour la *laryngite* et la *pharyngite ulcéreuse;* mais, dans ma pensée, ces expressions ne préjugent rien sur la nature intime de la maladie. Il y a, comme lésion caractéristique, des ulcères ; ces ulcères ne peuvent se former sans inflammation ; mais cette inflammation a-t-elle quelque chose de spécial? C'est ce qui ne peut être résolu que dans le cours des articles consacrés à chacune des affections dont il s'agit.

(2) *Mém. sur l'ulcér. simple chron. de l'estom.* (*Revue méd.*, février et mars 1838).

(3) *Œst. medic. Jarhb.*, 1839, t. XVIII, trad. dans *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1840, t. VIII, p. 195.

Cette maladie est plus généralement connue sous les noms d'*ulcère simple*, *ulcère chronique de l'estomac* (Cruveilhier), et *ulcère perforant de l'estomac* (Rokitanski).

Ce dernier auteur nous apprend qu'il a pu constater l'existence d'une centaine de cas de cette affection. Il n'en faudrait pourtant pas conclure qu'elle est *fréquente*. Nous savons, en effet, que M. Rokitanski ouvre tous les cadavres des sujets qui succombent dans un vaste hôpital, et que, par conséquent, c'est sur un très grand nombre de cas qu'il a dû recueillir les observations dont il s'agit ; en outre, il faut remarquer que, dans plusieurs de ses observations, on ne peut pas s'empêcher de croire à l'existence d'un ulcère cancéreux. C'est, au reste, un point que les auteurs n'ont pas suffisamment cherché à éclaircir. En somme, la gastrite ulcéreuse simple est une maladie rare.

§ II. — Causes.

Nous ne connaissons guère, relativement aux causes de cette maladie, que ce qui nous a été appris par M. Rokitanski sur les *prédispositions*. Cet auteur a trouvé, dans 79 cas, 30 sujets *âgés* de plus de cinquante ans, 21 de moins de trente ; les autres présentaient des âges intermédiaires ; 4 individus n'étaient âgés que de seize à dix-neuf ans.

Quant au *sexe*, nous trouvons dans les relevés donnés par cet auteur, que, sur les 79 cas, il s'est rencontré 46 femmes et 33 hommes. Si l'on pouvait admettre que dans tous ces faits l'ulcère était parfaitement simple, cette proportion serait bien remarquable, puisqu'il s'ensuivrait qu'une maladie, qu'on a été porté à attribuer aux irritations répétées de la membrane muqueuse de l'estomac, se montre précisément chez le sexe le moins exposé à cette cause.

M. Rokitanski a vu la maladie accompagnée de *flux hémorrhoïdaux irréguliers*, d'une *menstruation anormale* et de la *goutte* ; mais il n'a jamais observé un rapport quelconque entre ces maladies.

Les *causes excitantes* seraient, d'après cet auteur, et comme je l'ai déjà indiqué, des *irritations répétées de la membrane muqueuse* qui occasionnent enfin une hypertrophie, une augmentation de sécrétion de cette membrane, et finissent par la formation de l'ulcère. La réflexion que j'ai faite plus haut ne permet pas d'adopter cette opinion, qui aurait besoin d'être appuyée sur une analyse exacte des faits. Dans un cas observé par M. Louis (1), les premiers symptômes de l'affection remontaient à une époque où le sujet avait pris 1,25 *gram. de tartre stibié*, dans l'intention de se donner la mort.

D'après M. Rokitanski encore, les *fièvres intermittentes*, quand elles sont accompagnées de maux d'estomac, ont une grande influence sur la production de cette maladie.

Quant à M. Cruveilhier, il se borne à dire que l'histoire des causes de l'ulcère simple de l'estomac est enveloppée dans une obscurité profonde, ou plutôt que cette maladie reconnaît *toutes les causes de la gastrite*. On voit que ce point de pathologie est bien loin d'être résolu.

Les deux auteurs que je cite ont malheureusement négligé de nous dire quel

(1) Obs. inéd.

était l'état antérieur de santé des sujets affectés de cette maladie. Cette omission nous empêche de savoir dans quelle proportion des cas elle était primitive ou secondaire. Cet oubli est d'autant plus fâcheux pour nous, que nous ne devrions nous occuper presque exclusivement ici que de la première, ce qui devient impossible. Dans deux cas remarquables recueillis par M. Louis, il y avait dans les poumons des tubercules à un degré peu avancé.

§ III. — Symptômes.

Suivant M. Cruveilhier, il n'est pas rare de rencontrer l'ulcère simple de l'estomac sur le cadavre d'individus qui n'avaient accusé pendant leur vie aucun symptôme du côté de ce viscère. La maladie est alors complétement *latente*. Cette proposition paraîtra sans doute beaucoup trop absolue. D'abord les recherches d'anatomie pathologique ont prouvé que, dans toutes les circonstances, l'ulcère simple de l'estomac est une maladie rare ; en second lieu, il ne paraît pas qu'on se soit toujours livré à des investigations suffisantes pour s'assurer si en réalité il n'y avait eu aucun symptôme ; le plus souvent on s'est contenté d'observations fort incomplètes.

Dans les cas où la maladie donne lieu aux signes qui lui sont propres, voici ce qu'on observe d'après l'auteur que je viens de citer : « *Défaut absolu d'appétit*, ou *appétit bizarre ; tristesse* insurmontable, *digestion laborieuse*, *malaise ou douleur sourde* à l'épigastre, et quelquefois *douleur épigastrique* extrêmement vive pendant le travail de la digestion, ou même en l'absence de tout aliment dans l'estomac.

» La douleur épigastrique, ou plutôt xiphoïdienne ou sous-sternale, se répète quelquefois, ajoute M. Cruveilhier, dans le point correspondant de la colonne vertébrale, et j'ai vu quelques malades se plaindre plus du point rachidien que du point épigastrique. L'*amaigrissement* plus ou moins rapide, la *constipation*, les *nausées*, les *vomissements* après l'ingestion des aliments, enfin l'*hématémèse* ou le *vomissement noir*, voilà l'ensemble des symptômes que présentent les individus affectés d'ulcères simples de l'estomac, et il est facile de voir qu'aucun de ces symptômes ne peut être érigé en signe pathognomonique. Parmi ces symptômes, les uns sont communs à l'ulcère simple et à la gastrite chronique, les autres à l'ulcère simple et au cancer. »

On voit que dans l'appréciation de ces symptômes, M. Cruveilhier n'a pas fait mention des rapports de la maladie avec la *gastralgie*, et cependant c'est l'affection qui a le plus de points de contact avec celle qui vient d'être décrite. Mais c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion du *diagnostic*.

Quant à M. Rokitanski, il insiste sur les *flocons brun noirâtre* qui sont mêlés à la matière des vomissements, sur l'*absence de toute cachexie cancéreuse*, et sur la manière dont se termine la maladie. Suivant lui, elle finit rarement par un affaiblissement général ; et, en pareil cas, il survient quelquefois une dyssenterie qui hâte la mort. Plus souvent, il y a une *perforation de l'estomac*, et alors les choses se passent différemment, suivant que la perforation établit une communication entre la cavité du viscère et celle du péritoine, ou suivant qu'elle est arrêtée par un organe voisin. Dans le premier cas, il survient une péritonite suraiguë, affection

dont je donnerai plus loin la description, et, dans le second, on observe des *cardialgies pénibles*, qui quelquefois se prolongent pendant des journées entières, des évanouissements et des vomissements de grandes quantités de sang. Nous avons vu plus haut que ces vomissements annonçaient aussi la perforation d'un vaisseau ; et aux faits de ce genre que j'ai cités il faut joindre ceux qu'ont recueillis MM. Cruveilhier et Rokitanski.

Il est facile de voir que ces symptômes n'ont été présentés que d'une manière vague, et qu'assez souvent les auteurs n'ont eu que de simples renseignements, sans avoir pu suivre la maladie. On sent donc combien il serait important d'avoir des observations rigoureusement prises dans tous leurs détails, et qui permettraient de rechercher si l'ulcère simple présente quelques caractères qui lui sont propres. Il est même permis de penser que si les circonstances favorisaient les observateurs, on arriverait à ce résultat si désirable. Il sera utile, dans ce but, d'ajouter ici quelques mots sur un cas d'ulcère simple de l'estomac observé par M. Louis, et dans lequel les symptômes ont été notés.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui, après avoir tenté de se donner la mort, en prenant 1,25 grammes de tartre stibié, eut, pendant plus d'un an, des douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements, et surtout une perte de l'appétit telle, que les jours où elle mangeait le plus, elle ne prenait qu'une soupe ou un œuf. Par intervalles, il se joignait à ces symptômes des troubles nerveux et de nature hystérique, tels que spasmes universels, avec perte de connaissance pendant plusieurs heures. On nota aussi de la dyspnée et de la toux. A l'autopsie, on trouva beaucoup de petites ulcérations sur la muqueuse de l'estomac, et entre le pylore et le cardia, sur la petite courbure, un ulcère de 25 millimètres de diamètre, profond, et sans endurcissement des bords. La membrane musculeuse était presque entièrement détruite. Quelques tubercules crus, au sommet du poumon droit, rendirent compte des symptômes pectoraux. On voit que, dans ce cas, ce qu'il y eut de plus remarquable, ce fut la perte de l'appétit, qui dura si longtemps.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu que M. Rokitanski distinguait, dans l'affection qui nous occupe, une *marche rapide* et une *marche lente*. Il faut dire toutefois que, d'après les faits cités par M. Cruveilhier, cette dernière se présente le plus fréquemment à l'observation. Mais ce qu'il y a surtout de remarquable dans la marche de la maladie, ce sont ces temps d'arrêt plus ou moins longs, pendant lesquels le malade se trouve beaucoup mieux et peut même se croire guéri. Il est permis de penser que, dans un certain nombre de cas, cette suspension est due à la cicatrisation de l'ulcère existant. Les deux auteurs que j'ai cités plus haut ont, en effet, rapporté des cas où, à côté des ulcères qui avaient causé la mort, on trouvait des cicatrices bien formées.

Quant à la *durée* de la maladie, on comprend, d'après ce qui précède, qu'elle doit être très variable ; aussi n'en pouvons-nous rien dire de positif, sinon qu'elle peut se prolonger pendant une ou plusieurs années.

La *terminaison* est ordinairement fatale. Cependant, comme je l'ai déjà remarqué, la possibilité de la cicatrisation n'est pas douteuse. Aux faits rassemblés par MM. Cruveilhier et Rokitanski, il faut en ajouter quelques autres observés par

M. Louis, notamment celui que je viens de citer et celui qui est rapporté dans la 19e observation de son mémoire sur le ramollissement avec amincissement, et que j'ai eu occasion de mentionner. Les autres auteurs qui se sont occupés d'anatomie pathologique en ont également fait connaître des exemples.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est surtout l'anatomie pathologique qui a attiré l'attention des observateurs; aussi trouvons-nous sur ce point des détails intéressants. M. Rokitanski s'est attaché à décrire les ulcères, et c'est principalement à sa description que j'emprunterai ce qui suit. Tantôt il existe seulement un ulcère pénétrant à une plus ou moins grande profondeur dans la paroi stomacale, tantôt il y a une perforation complète sur laquelle je reviendrai plus loin.

Le siége de l'ulcère est, suivant cet auteur, toujours sur la moitié pylorique de l'estomac; c'est, en effet, dans ce point que M. Louis l'a rencontré. Une seule fois M. Rokitanski l'a vu dans le petit cul-de-sac. « Le plus souvent, ajoute-t-il, l'ulcère se trouve au milieu de cette partie de l'estomac qui vient d'être signalée, plus souvent à la paroi postérieure qu'à la paroi antérieure, et toujours près de la petite courbure, souvent sur elle-même. Plus rarement, les ulcères sont rapprochés du pylore. »

La grandeur de l'ulcère varie entre celle d'un sou et celle d'une pièce de cinq francs. Il acquiert même quelquefois une étendue deux ou trois fois plus grande. Ordinairement on n'en trouve qu'un seul: c'est ce que M. Rokitanski a noté soixante-deux fois sur soixante-dix-neuf cas. Dans les autres, il y avait deux, quatre ou cinq ulcères.

La forme de l'ulcère est circulaire dans l'origine. Plus tard elle devient elliptique, et plus tard encore irrégulière, ce qui est dû quelquefois à la réunion de deux ulcères par leurs bords voisins.

M. Rokitanski pense que primitivement il a existé une escarre qui, par sa chute, a donné lieu à l'ulcère dont il s'agit; mais le fait n'est pas parfaitement prouvé.

J'ai dit plus haut que ces ulcères peuvent se terminer par cicatrisation. On trouve alors une surface blanche, lisse, déprimée, à laquelle viennent aboutir des plis rayonnés qui annoncent une certaine contraction des tissus. Lorsque l'ulcère cicatrisé a eu une grande étendue et une profondeur considérable, cette contraction des tissus peut être portée au point de diminuer d'une manière notable le calibre de l'estomac.

Enfin, lorsque la maladie a atteint toutes les tuniques du viscère, on trouve dans son centre une *perforation* ordinairement de médiocre étendue, d'où résultent, dans les organes voisins, des désordres sur lesquels je reviendrai.

A cette description M. Cruveilhier a ajouté la disposition des bords, qui sont coupés à pic et tuméfiés; l'aspect du fond de l'ulcère, qui est grisâtre, et la densité de ce fond. Il a également signalé la forme en zone circulaire, dans des cas où l'ulcère a envahi le pylore. Il a surtout insisté sur les différences qui existent entre les ulcères simples de l'estomac et les ulcères cancéreux. Ce point est trop important pour que je puisse me dispenser de rapporter ici le passage qui lui est consacré :

« L'ulcère simple de l'estomac, dit M. Cruveilhier, ne présente qu'une similitude grossière avec l'ulcère cancéreux, avec lequel cependant il a presque toujours été confondu. La base qui le supporte n'offre aucun des attributs ni du cancer dur, ni du cancer mou. On n'y trouve même pas cette hypertrophie circonscrite qui accompagne ordinairement le cancer, et qu'on a prise pour la dégénération cancéreuse elle-même. » Il est à regretter que M. Cruveilhier n'ait pas cru devoir entrer, sous ce point de vue, dans le détail des faits qu'il a observés. Nous savons, en effet, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer l'ulcère simple chronique de l'ulcère cancéreux, et c'est ce qui devait arriver dans quelques uns des cas recueillis par cet auteur, où l'on trouvait autour de l'ulcère des bords denses, hypertrophiés, durs, dont il eût été très important d'avoir une description plus précise.

Suivant M. Rokitanski, l'ulcère perforant dont il est ici question s'unit assez souvent au cancer ; mais ne doit-on pas plutôt dire que, dans ces cas, l'ulcère, cancéreux dès le principe, n'a nullement changé de nature en prenant la forme perforante ? Toutes ces difficultés devaient être signalées, car elles n'ont pas été levées comme elles méritaient de l'être.

M. Cruveilhier a, de plus, constaté un état de la surface des ulcères qui explique l'hématémèse et le vomissement noir. Examinant sous une couche d'eau, à l'œil nu ou à l'aide d'une forte loupe, la surface de l'ulcère, il a vu une foule d'orifices vasculaires, les uns oblitérés, les autres non oblitérés.

Enfin, relativement aux cicatrices dont j'ai dit quelques mots plus haut, M. Cruveilhier a trouvé qu'elles se sont formées au moyen d'une couche fibreuse dont se couvre la surface de l'ulcère, et que jamais elles n'offrent les caractères du tissu muqueux. MM. Rokitanski et Cruveilhier n'ont malheureusement pas indiqué l'état de la muqueuse environnante, ce qui ne nous permet pas de dire si l'ulcère a été ou non la conséquence d'une inflammation ordinaire prolongée. Il est à désirer que des recherches soient faites sur ce point important.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons vu plus haut quelle était l'opinion de M. Cruveilhier relativement au diagnostic. Suivant lui, il serait même assez peu important de chercher à l'établir, au moins sous le rapport de la thérapeutique. Cela serait peut-être vrai si, comme cet auteur, on ne mettait en présence que la gastrite chronique et l'ulcère simple de l'estomac ; mais si l'on a égard à la *gastralgie*, avec laquelle on peut très facilement confondre l'ulcère, il n'en est certainement pas ainsi, le traitement de la première différant complétement, dans un grand nombre de cas, de celui de la seconde. Il faut donc applaudir aux efforts qui ont été faits jusqu'à présent pour arriver au diagnostic différentiel, tout en regrettant que ces efforts n'aient point été couronnés d'un plein succès.

Il serait prématuré d'exposer ici les signes à l'aide desquels on distingue l'affection qui nous occupe, du cancer et de la gastralgie. Je renvoie donc, pour les détails, aux articles consacrés à ces dernières affections.

Quant à la *gastrite chronique simple*, il faut reconnaître d'abord qu'il est extrêmement difficile de la distinguer de l'ulcère. Cependant il est certains cas de gastrite où la confusion n'est pas possible : ce sont ceux où, avec la cardialgie et la douleur à la pression, existent des vomissements bilieux répétés. Nous avons vu, en

effet, que dans l'ulcère de l'estomac, la matière des vomissements était composée d'aliments et de boissons, ou, ce qui distingue encore bien davantage cette affection, de matières noires et de sang. Ces deux derniers signes rapprochent l'ulcère de l'estomac du cancer, et par cela même l'éloignent de la gastrite chronique. Dans les cas où la gastrite chronique ne donne pas lieu aux vomissements bilieux, il est très difficile, avec les éléments que nous avons, de dire s'il existe ou non un ulcère de l'estomac. On voit par là combien il reste encore à faire pour ce diagnostic.

Pronostic. On ne peut pas douter que la maladie ne soit grave. Cependant le nombre assez considérable de cicatrices qu'on a trouvées dans l'estomac prouve qu'elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art, ou du moins qu'avec certaines précautions on peut favoriser la tendance de la nature vers la cicatrisation.

Un des symptômes les plus graves est le vomissement de sang, car presque toujours il annonce la perforation d'un vaisseau ou d'un organe très vasculaire situé dans le voisinage. Cependant n'oublions pas que le sang peut être versé, comme l'a constaté M. Cruveilhier, par des vaisseaux d'un très petit calibre, par des capillaires qui peuvent s'oblitérer, et que, dans ces cas encore, la cicatrisation n'est pas impossible.

§ VII. — Traitement.

Je dois me borner à exposer ici le traitement recommandé par les deux auteurs que j'ai eu si souvent occasion de citer, puisqu'ils se sont occupés seuls d'une manière complète de la maladie dont il s'agit. Voici d'abord le traitement de M. Cruveilhier :

TRAITEMENT DE M. CRUVEILHIER.

« Je commence par laisser reposer l'estomac pendant vingt-quatre heures; l'*abstinence* doit être complète et s'étendre même quelquefois sur les liquides aussi bien que sur les solides. S'il y a douleur à l'épigastre, une *application de sangsues* sera faite dans le premier jour, et suivie d'un bain de plusieurs heures.

» Le lendemain, je fais essayer la *diète lactée;* le lait sera pris immédiatement après qu'il vient d'être trait, à la dose de quelques cuillerées, toutes les quatre heures, ou à des intervalles plus considérables si l'estomac ne demande pas. Quelquefois la diète lactée réussit comme par enchantement; d'autres fois le lait ne passe point; alors il faut le couper avec un peu d'eau de chaux, d'eau de gruau, ou l'édulcorer légèrement. Souvent du lait bouilli ou écrémé passe mieux que le lait naturel, le lait froid mieux que le lait chaud, le lait très chaud mieux que le lait tiède. Il n'est pas rare de voir le lait fatiguer l'estomac; hâtons-nous alors d'y renoncer, pour y revenir plus tard.

» La *diète gélatineuse* ou *féculente* lui est souvent substituée avec avantage. Elle se compose de bouillons de veau, de poulet, de gelées, ou bien de fécules de maïs, de riz, d'avoine, d'orge, de pommes de terre cuites à l'eau, au lait ou au bouillon de poulet : le point essentiel est de trouver un aliment que l'estomac puisse supporter, et l'instinct du malade nous dirige souvent beaucoup mieux que tous les préceptes.

» L'*eau gazeuse simple* a pu seule passer chez des malades dont l'estomac repoussait toute espèce d'aliment et de boisson.

» J'ai eu quelquefois à me louer de la *magnésie calcinée*, de la *poudre d'yeux d'écrevisse* donnée dans une cuillerée d'eau ou de lait.

» Rarement l'*opium* a-t-il été utile, même dans le cas de vives douleurs.

» Le *sucre* doit être en général proscrit; cependant je me suis bien trouvé de faire promener dans la bouche du sucre cristallisé, avant et après le repas, pour augmenter la sécrétion de la salive.

» La *température des aliments* est tout aussi importante à surveiller que leur qualité ou leur quantité. La température très chaude et très froide m'a paru convenir beaucoup mieux que la température tiède.

» Des *bains gélatineux* tempérés, de deux, trois ou quatre heures, sont un auxiliaire très puissant. J'ai observé qu'un bain de trois ou quatre heures produit des effets bien plus avantageux que trois ou quatre bains d'une heure.

» Une remarque très importante, c'est de *ne pas trop prolonger la diète adoucissante*, et de se relâcher de la diète sévère prescrite dans les premiers temps. Il arrive même une époque où les stimulants, tels que le *gibier*, réussissent beaucoup mieux que les viandes blanches et les légumes herbacés. »

On voit que ce traitement a été exposé d'après les idées principales qu'ont fait naître quelques observations intéressantes, plutôt que d'après une analyse exacte de tous les faits. Il est à désirer que les recherches, dans ce sens, se multiplient, et donnent à la thérapeutique de l'ulcère de l'estomac une précision qu'elle n'a pas encore pu acquérir.

Quant à M. Rokitanski, voici, suivant lui, comment doit être dirigé le traitement. Comme M. Cruveilhier, il a une grande confiance dans la *diète lactée*. Il recommande une *application de sangsues* s'il existe des douleurs vives dans la région épigastrique; puis il veut qu'on ait recours au *carbonate de magnésie* et à l'*eau de chaux* dans du lait. Ces médicaments peuvent être administrés : le sel de magnésie à la dose de 4 à 8 grammes, et l'eau de chaux à la dose de deux cuillerées, dans une tasse de lait, une ou deux fois par jour.

M. Rokitanski propose en outre d'appliquer sur la région de l'épigastre des *cautères*, des *moxas*, ou bien d'y faire des *frictions* avec la *pommade d'Autenrieth*, avec l'*huile de croton*, ou toute autre substance irritante.

Il recommande les tisanes de *camomille* et de *menthe*, et pense que si le lait ne peut pas être supporté, on peut le remplacer avec avantage par des bouillons, des décoctions mucilagineuses, ou des panades. Enfin, dans le traitement de l'hématémèse, il a recours à des moyens que j'ai exposés à l'article *Gastrorrhagie;* il suffit donc d'y renvoyer le lecteur.

Je n'ai pas cru pouvoir mieux faire, je le répète, que d'exposer la manière dont ces deux auteurs comprennent le traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

Dois-je maintenant présenter un résumé et des ordonnances? Je ne le pense pas : car ce serait vouloir donner un air de précision à un article qui, dans l'état actuel de la science, ne peut pas en avoir. Il faut que le praticien sache ce qui a été mis en usage, mais qu'il ne croie pas, sans une étude attentive et préalable des symptômes, pouvoir regarder comme déterminés les cas qui se présenteront à lui et les moyens à leur opposer.

ARTICLE VIII.

PERFORATION DE L'ESTOMAC.

Il est peu de maladies qui aient été l'objet de plus de travaux particuliers que la perforation de l'estomac. Se rattachant à des questions importantes de médecine légale, elle a attiré l'attention d'une manière spéciale. Mais les faits étant difficiles à observer, de nature variable, et donnant lieu à des interprétations diverses, plus on a cherché à discuter les questions qu'elle soulève, plus on a introduit de confusion dans l'histoire de la maladie. On a voulu embrasser dans une seule et même théorie des faits qui se rapportent à des causes organiques différentes, et les opinions émises, assez souvent vraies pour quelques points particuliers, sont devenues presque toujours fausses par leur généralité.

§ I. — Considérations générales, divisions.

Pour bien comprendre l'histoire de la perforation de l'estomac, il faut d'abord se rappeler ce que nous avons dit plus haut. Nous avons constaté, en effet, qu'il y avait des perforations *dues à un travail pathologique*, et notamment à l'ulcère cancéreux et à l'ulcère simple perforant ; tandis que d'autres étaient *dues à un phénomène purement cadavérique*, et plus loin nous verrons qu'il faut également admettre une véritable *rupture de l'estomac*, dont il existe aujourd'hui un assez grand nombre de faits dans la science. Je mets de côté, pour le moment, les *perforations dues à l'action d'un poison corrosif sur les parois de l'estomac ;* car il ne saurait en être question qu'au chapitre consacré aux *empoisonnements*.

Si l'on avait eu soin d'établir ainsi une distinction préalable, si l'on avait eu égard, non pas à quelques faits particuliers, mais à tous les faits, on n'aurait pas sans doute tant discuté sur la cause des perforations et sur la nature des lésions qui la produisent.

M. Lefèvre, chirurgien de la marine, à qui nous devons un travail intéressant sur cette question, a exposé avec d'assez grands détails les diverses opinions émises surtout depuis le commencement de ce siècle. Je me bornerai à un très court résumé de cet historique.

Je ne parlerai pas ici des idées de Galien, de Cœlius Aurelianus, de Boerhaave et d'Hoffmann, parce qu'elles ne sont pas fondées sur l'étude de faits positifs. Je ne ferai que rappeler les expériences de Hunter (1), de Spallanzani, et surtout de M. Carswel, sur lesquelles j'ai insisté plus haut. Elles prouvent, comme nous l'avons vu, que, dans certaines circonstances, la perforation peut n'être qu'un simple effet cadavérique. Mais ces auteurs ont le tort de vouloir trop généraliser des faits particuliers.

A peine est-il nécessaire de mentionner la théorie du docteur Gérard, qui admettait l'existence préalable d'un *abcès* dans l'estomac : idée tout hypothétique. Quant à Chaussier et à Jaeger, nous avons vu plus haut ce qu'ils pensaient de cette lésion. Il serait inutile d'y revenir ici.

Le docteur Camerer (2) croyait avoir accordé les opinions des partisans de la

(1) *Œuvres de Hunter*, trad. par G. Richelot. Paris, 1843, t. I, p. 59, t. IV, p. 189.
(2) *Expér. sur le ramoll. de l'estomac.*

théorie de Hunter avec celles des auteurs que je viens de citer, en démontrant, par des expériences, que sur un estomac privé d'innervation, le liquide gastrique agissait comme sur l'estomac d'un cadavre; mais rien ne prouve que dans les cas où se produit la perforation de l'estomac, cet organe soit dans les conditions que suppose le médecin de Stuttgard.

Plus tard, les médecins de l'école physiologique n'ont voulu voir dans la perforation de l'estomac que le résultat d'une inflammation ordinaire. Mais c'est là évidemment l'opinion la moins soutenable; car l'inflammation ordinaire donne lieu à des lésions dont la perforation n'est pas le dernier terme, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Je dois faire connaître ici la division proposée par M. Richter (1) et celle de Becker, parce que ce sont celles où l'on a cherché à classer les perforations de l'estomac dans l'ordre le plus méthodique. M. Richter regarde comme pouvant produire la perforation de l'estomac : 1° la *gangrène locale*, 2° le *squirrhe*, 3° l'*ulcération* aiguë et chronique, 4° le *ramollissement gélatiniforme*. Relativement à la gangrène locale, il faut dire que rien ne prouve son existence. Nous avons vu, il est vrai, M. Rokitanski signaler la présence d'une escarre comme le premier degré d'un ulcère perforant de l'estomac; mais c'est là une simple opinion plutôt que l'expression des faits. Les perforations dues au squirrhe ulcéré et à l'ulcération simple ne sont pas contestables. Quant à celles qu'on attribue au ramollissement gélatiniforme, c'est là encore, il faut le dire, le résultat d'une théorie qui aurait besoin d'être appuyée sur des observations nombreuses.

Le docteur Becker établit d'abord deux classes de ces perforations auxquelles il donne le nom de *gastrobroses*. Dans la première sont les gastrobroses par *cause interne*, comprenant l'action des agents vulnérants et des toxiques, et que nous devons laisser à l'écart. Dans la seconde classe se trouvent les divisions suivantes : 1° la gastrobrose *gangréneuse ;* 2° la gastrobrose *ulcéreuse ;* 3° la gastrobrose *carcinomateuse ;* 4° la gastrobrose produite par l'*amincissement* des tuniques de l'estomac ; 5° la gastrobrose produite par le *ramollissement* de la tunique muqueuse ; 6° la gastrobose *spontanée*. On voit que cet auteur a voulu faire entrer dans sa classification tous les faits connus ou supposés; mais, en les mettant ainsi sur la même ligne, et en y introduisant quelques espèces dont l'existence n'est pas démontrée, il n'a guère éclairé la question.

Je ne pousserai pas plus loin cet historique, qui ne nous apprendrait rien de nouveau. J'ai voulu seulement montrer que l'histoire des perforations se rattachait principalement aux faits que nous avons exposés dans les articles précédents, et que cette lésion n'était qu'une conséquence de celles que nous avons étudiées dans ces articles. Il en résulte que nous n'avons pas beaucoup à nous étendre ici sur l'histoire de ces perforations. Jusqu'à ce qu'elles se soient produites, en effet, on a affaire à une maladie différente : soit à l'ulcère cancéreux, soit à l'ulcère simple ; et lorsqu'elles se sont produites, il survient des phénomènes qui appartiennent ordinairement à une affection nouvelle : la péritonite suraiguë.

Cependant il est bon de dire quelques mots sur leur mode de formation et sur les accidents qui en résultent, suivant qu'elles ont lieu dans tel ou tel point de

(1) *Horn's Archiv*, 1824.

l'estomac. Il est également utile de dire comment on peut distinguer, après la mort, la perforation pathologique de la perforation purement cadavérique, et c'est ce qui va faire le sujet de cet article.

§ II. — Symptômes précurseurs.

Lorsque la perforation de l'estomac est *due aux progrès d'un cancer ulcéré*, elle est précédée des douleurs, des vomissements, de l'amaigrissement, de la cachexie qui appartiennent à cette maladie. Dans les cas où elle est *due à un ulcère simple*, tantôt on observe les symptômes exposés dans l'article précédent, tantôt la maladie est entièrement latente. Faut-il ajouter à ces deux affections, comme cause de perforation, le *ramollissement avec amincissement* et le *ramollissement gélatiniforme?* C'est ce qui n'est nullement démontré dans l'état actuel de la science, car dans la plupart des cas de ce genre on doit nécessairement admettre, ainsi que je l'ai prouvé à l'aide des faits, l'existence de la perforation cadavérique.

§ III. — Symptômes consécutifs.

Quelle que soit la cause à laquelle il faille rapporter la perforation, les choses se passent très différemment suivant que la cavité de l'estomac *communique avec celle du péritoine*, ou suivant que la solution de continuité est *en rapport avec un des organes voisins.*

Dans ce dernier cas, voici ce que l'on observe : il y a des *cardialgies* très pénibles, qui quelquefois se prolongent pendant des journées entières ; des *évanouissements*, des *vomissements* de grandes quantités de *sang*, suivis de *déjections alvines sanglantes*, et la maladie, qui jusqu'alors n'avait pas marché avec beaucoup de rapidité, fait des progrès effrayants. Il est très difficile, comme on le voit, de distinguer les résultats d'une perforation de ce genre de ceux qui appartiennent à la simple érosion d'une artère de l'estomac ; dans l'une et l'autre, les phénomènes sont à très peu près les mêmes. C'est à la rate et au foie que le plus souvent la perforation de l'estomac vient aboutir ; cependant il n'est pas rare de la voir faire communiquer la cavité gastrique avec celle du côlon, dans les cas de cancer ; mais c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion de cette dernière maladie. Plusieurs auteurs et entre autres Chaussier, ont rapporté des exemples de perforation du grand cul-de-sac correspondant à la rate.

Dans d'autres circonstances, la perforation se fait *vis-à-vis des parois de l'abdomen*, et alors, par suite d'adhérences préalables, il peut se produire une *fistule stomacale*. C'est ce qui eut lieu dans un cas fort remarquable rapporté par M. Bineau (1). Cette fistule, qui s'était fermée après avoir existé pendant quelques jours, se rouvrit plus tard et causa la mort de la malade.

Ce qu'il y a de remarquable dans les perforations dont je viens de parler, c'est la production de ces *adhérences* qui empêchent l'épanchement dans la cavité péritonéale des matières contenues dans l'estomac. Caillard (thèse, Paris), a principalement insisté sur ce fait important, dont il a cité trois exemples.

Dans des circonstances moins heureuses, la perforation ne rencontre pas ainsi un

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, t. II, p. 360.

organe voisin qui vienne l'obstruer. Mais il peut se faire, comme dans un cas observé par Delpech, que l'épanchement, d'abord très peu abondant, se trouve *renfermé dans un espace très limité* et environné de fausses membranes, de telle sorte que les accidents ne soient pas extrêmement graves. Les cas de ce genre sont rares, du moins si nous nous en rapportons au très petit nombre qui en a été cité par les auteurs. Dans l'observation rapportée par Delpech (1), les choses se passèrent ainsi qu'il suit : Il y eut une perforation qui fut diagnostiquée, et qui donna lieu d'abord à des accidents formidables. Sous l'influence de la diète absolue, ces accidents se calmèrent ; mais la malade ayant voulu prendre des aliments, il survint des vomissements qui rompirent ces adhérences, et firent communiquer la petite cavité de l'épanchement avec la cavité péritonéale, d'où résulta une péritonite mortelle.

Enfin, dans d'autres circonstances malheureusement trop fréquentes, la perforation de l'estomac fait *communiquer* la cavité de cet organe *directement avec le péritoine*, et l'épanchement se forme, soit dans la grande cavité, lorsque la perforation a lieu à la face antérieure, soit dans l'arrière-cavité des épiploons, lorsqu'elle occupe la face postérieure. Cet accident est immédiatement annoncé par les symptômes les plus violents, et notamment par la *douleur excessive survenue tout à coup*, le *frisson*, le *froid des extrémités*, la tendance des malades à se ramasser sous leurs couvertures et à tenir leur *corps courbé en avant*, etc. Ces symptômes sont, comme on le voit, ceux de la péritonite suraiguë, et ont la même valeur dans l'affection qui nous occupe que ceux qui se manifestent du côté de la plèvre dans la *perforation de l'œsophage*.

M. le docteur Charrier (2) a rapporté un cas de perforation de ce genre observé chez une dame *qui avait présenté pendant un certain temps, du côté de cet organe, des symptômes peu caractérisés*. Il y avait deux perforations qui étaient, sans doute, le résultat de deux ulcères plus ou moins anciens. Il y eut une péritonite suraiguë et mortelle. On nota l'*abaissement du foie et sa séparation du diaphragme* dus au brusque dégagement des gaz dans le péritoine.

Mais je ne dois pas insister davantage dans cet article sur ces détails intéressants, parce qu'ils devront être étudiés avec soin dans l'article consacré à la péritonite. Il suffit de les avoir signalés.

Il suit de ce qui précède que la perforation de l'estomac, différant en cela de la rupture, est caractérisée, soit par l'existence de *phénomènes antérieurs*, soit par l'*absence complète de ces symptômes* et de ceux qui précèdent la rupture, comme nous le verrons plus loin, et par l'*apparition brusque* des phénomènes de la péritonite suraiguë.

§ IV. — Causes déterminantes.

Quelles sont maintenant les *causes déterminantes* de la solution complète de continuité de l'estomac ? Après avoir observé pendant un certain temps la marche des maladies qui y donnent lieu, et en particulier celle de l'*ulcère cancéreux* et de l'*ulcère perforant*, nous voyons arriver un moment où la paroi de l'estomac est presque complétement détruite. La membrane séreuse reste seule alors pour empêcher l'épanchement des matières. On conçoit donc que, dans cet état de choses, un

(1) *Mémor. des hôp. du Midi*, t. II, p. 386.
(2) *Union méd.*, 11 et 13 mars 1847.

mouvement brusque, un *effort de vomissement*, une *pression violente* sur l'épigastre puisse rompre ce dernier reste de la paroi gastrique. C'est, en effet, ce qu'on a observé dans un certain nombre de cas; mais dans d'autres on n'a rien noté de semblable; ce qui prouve que la membrane séreuse a été à son tour envahie par le travail ulcératif.

§ V. — **Lésions anatomiques.**

1° *Perforation pathologique.* J'ai suffisamment exposé plus haut l'état de l'estomac dû au travail de l'ulcération. Je me bornerai donc à dire ici que l'étendue des perforations est très variable, comme celle des ulcères en général; que quelquefois elle est très considérable, car on en a vu de la grandeur de la paume de la main; que la perforation est arrondie, avec des bords coupés en dédolant, de telle sorte que la perte de substance de la muqueuse et du tissu sous-muqueux est plus considérable que celle de la musculeuse, qui à son tour est plus largement perforée que la séreuse. La coloration des bords est tantôt d'un rouge plus ou moins vif, tantôt brune, tantôt même noirâtre; c'est sans doute là ce qui a fait croire à l'existence d'une véritable gangrène. Parfois il y a plusieurs perforations d'une grandeur médiocre, ce qui s'accorde très bien avec ce que nous avons dit du développement simultané de plusieurs ulcères.

MM. les docteurs Hughes et Ray (1) ont rapporté un cas très curieux de perforation de l'estomac. Il fut observé chez une jeune fille. Une première fois il y eut tous les symptômes de la perforation : douleur subite et atroce, péritonite consécutive; la malade guérit. Quatre mois après, ces accidents se reproduisirent plus intenses, la malade succomba. On trouva une perforation canaliculée entre le pylore et le cardia, et un enfoncement froncé cicatriciel qui parut être le résultat de la première perforation. On trouva l'estomac plein de fruits rouges non encore digérés.

Mais ce qu'il importe surtout de constater, c'est l'existence, dans la cavité péritonéale, d'une inflammation plus ou moins étendue, résultat inévitable de l'épanchement des matières contenues dans l'estomac pendant la vie. Delpech est le seul qui ait suffisamment insisté sur ce point, et c'est cependant celui qui domine toute la question. Si l'on avait eu soin d'indiquer exactement, dans toutes les observations, l'état du péritoine, rien n'eût été plus facile que de distinguer la perforation survenue pendant la vie, de celle qui s'est produite sur les cadavres. Chaussier a complétement négligé cette description du péritoine, et c'est ce qui l'a sans doute plusieurs fois induit en erreur; car il est évident qu'il a attribué à une seule cause des perforations de plusieurs espèces.

Ainsi, outre la présence des aliments dans la cavité péritonéale, il faut noter avec soin l'état de décomposition où on les trouve, leur composition chimique, et surtout la rougeur de la séreuse, les fausses membranes, les épanchements séro-purulents ou purulents; car si toutes ces circonstances existent, il n'est pas douteux que la perforation n'ait eu lieu du vivant du malade.

2° *Perforations cadavériques.* Ceci nous conduit à dire un mot des perforations qui peuvent se produire après la mort. Je rappellerai d'abord ici les expériences de M. Carswell, et, ce qui est plus important encore, quelques observations recueillies sur l'homme, de ramollissement, de perforations qui paraissent évidemment

(1) *Guy's hosp. Reports*, t. IV, 2° série, 1846.

cadavériques. Telle est celle qui a été communiquée par M. Littré à M. Carswell (1); telles sont aussi celles qui appartiennent à Hunter et à quelques autres expérimentateurs, et celle qui a été rapportée par M. Louis, comme exemple du dernier terme où peut être porté le ramollissement avec amincissement de l'estomac. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le liquide épanché avait une *apparence chymeuse*, et que les organes en contact avec lui étaient ramollis comme l'estomac, *sans inflammation environnante*, de telle sorte que le péritoine était parfaitement intact.

Les faits que je viens de citer font voir, ainsi que le fait remarquer M. Carswell, le passage graduel du ramollissement à la perforation complète. Celui qui a été recueilli par M. Littré nous représente, en effet, la destruction des parois jusqu'au péritoine, dans un cas de mort subite, et les autres, la destruction de cette dernière membrane elle-même.

Je ne saurais trop insister sur cette différence dans les lésions environnantes; car si l'on n'en tient pas compte, il est impossible de s'assurer de la nature de la perforation, la forme de la lésion de l'estomac ne suffisant pas toujours, de l'aveu de tous les anatomo-pathologistes, pour lever tous les doutes.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Relativement au diagnostic, nous avons plusieurs questions à nous poser. D'abord on doit se demander si l'on a affaire à une simple perforation ou à une *rupture de l'estomac*, et voici les données sur lesquelles on établira la distinction. Dans la perforation, on observe des symptômes précurseurs de plus ou moins longue durée : douleurs épigastriques, nausées, vomissements, perte de l'appétit, amaigrissement, etc. Dans la rupture, il y a également des symptômes antérieurs; mais, comme nous le verrons plus loin, ils surviennent tous pendant une espèce d'indigestion, n'ont qu'une durée très limitée, et sont constitués principalement par le gonflement de l'épigastre, l'anxiété et les efforts inutiles de vomissements. Ces derniers symptômes suffisent pour faire distinguer la rupture de la perforation de l'estomac succédant à l'ulcère latent, cas, du reste, beaucoup plus rare que le précédent.

On voit encore que je ne parle pas ici de la perforation qu'on attribue au simple ramollissement de l'estomac, ce que j'ai fait à dessein, parce que nous ne sommes pas encore suffisamment éclairés sur ce point.

La seconde question qu'il importe de se poser est la suivante : *La perforation communique-t-elle avec un des organes voisins de l'estomac?* ou bien *y a-t-il un épanchement péritonéal?* Ce diagnostic est très facile, car les symptômes de péritonite suraiguë sont si graves et si caractéristiques, qu'ils ne peuvent laisser aucun doute. Qu'il me suffise donc de renvoyer le lecteur à ce que j'en ai dit plus haut.

Enfin il est une question qui se rattache à la médecine légale, c'est celle de savoir *si la perforation a été causée par une substance corrosive*, ou *par les simples progrès d'un travail pathologique*, ou enfin *si elle s'est produite seulement*

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1830, t. VII, p. 506.

après la mort du sujet. Je ne peux pas aborder ici la première partie de cette question.

Quant à la distinction à établir entre la perforation qui a eu lieu *pendant la vie* et celle qui s'est produite *après la mort*, elle est, comme nous venons de le voir, beaucoup plus facile que quelques médecins ne l'ont pensé, parce qu'ils n'ont pas suffisamment tenu compte de l'état des organes environnants. Si autour de la perforation il y a des adhérences avec ces organes; si ceux-ci présentent des traces d'inflammation comme la suppuration, le ramollissement rouge, etc.; s'il y a une inflammation plus ou moins considérable du péritoine, on ne peut pas douter que la perforation n'ait eu lieu pendant la vie, n'eût-on pas été témoin des accidents qui ont dû se produire. Si au contraire il n'y a qu'un simple ramollissement blanc des organes environnants en contact avec le liquide chymeux sorti de l'estomac; si cet épanchement n'a pas fait éclater une inflammation, surtout lorsqu'il a fait irruption dans le péritoine, on est autorisé à le regarder comme un résultat de cette digestion des parois de l'estomac signalée par les auteurs cités plus haut.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la perforation et de la rupture de l'estomac.*

PERFORATION.	RUPTURE.
Symptômes précurseurs *de plus ou moins longue durée :* Douleurs épigastriques, nausées, vomissements, amaigrissement, etc.	Symptômes antérieurs *de courte durée :* Gonflement de l'épigastre, anxiété, efforts inutiles de vomissements.
Survenue *sans cause particulière.*	Survenue à la suite d'une *espèce d'indigestion.*
Se produit quelquefois tout à coup *sans aucun symptôme antérieur.*	Toujours les *symptômes antérieurs* signalés plus haut.

2° *Signes distinctifs de la perforation bornée par les organes voisins et de la perforation avec épanchement.*

PERFORATION BORNÉE PAR LES ORGANES VOISINS.	PERFORATION AVEC ÉPANCHEMENT.
Violente *cardialgie.*	Douleur *excessive dans l'abdomen.*
Souvent *vomissements de sang.*	*Pas de vomissement de sang.*
Parfois *évanouissements.*	*Frissons, froid des extrémités.* Les malades se ramassent sous les couvertures, etc.

3° *Signes distinctifs de la perforation produite pendant la vie, et de celle qui a lieu après la mort.*

PERFORATION SURVENUE PENDANT LA VIE.	PERFORATION CADAVÉRIQUE.
Adhérences avec les organes voisins.	*Pas d'adhérences* avec les organes voisins.
Ceux-ci *suppurés, rouges,* ramollis, etc.	Ceux-ci n'offrent qu'un simple *ramollissement blanc.*
Violente *inflammation* du péritoine.	Péritoine *à l'état normal.*
Pendant la vie, *symptômes de péritonite* ou de *lésions profondes des organes* voisins de l'estomac.	Survenant souvent dans les *morts subites :* dans le cas contraire, *symptômes de gastrite* aiguë ou chronique, non suivis des accidents violents dus à une perforation.

Pronostic. Il paraît inutile de chercher à établir le pronostic d'un accident aussi redoutable, et dont la mort semble être une conséquence inévitable. Cependant les faits que nous avons étudiés jusqu'à présent nous fournissent sur ce point des don-

nées importantes ; et d'abord nous y voyons que les perforations bornées par les organes voisins sont beaucoup moins graves que celles qui font communiquer la cavité de l'estomac avec la cavité du péritoine.

En second lieu, nous y trouvons que si la perforation peut se faire dans un point où l'estomac est en contact avec la paroi abdominale, il s'établit une fistule qui n'est pas immédiatement mortelle.

Enfin, et c'est l'observation de Delpech qui nous fournit ce document très intéressant, nous voyons que la perforation de l'estomac peut n'être pas immédiatement mortelle, alors même qu'elle a lieu dans la cavité péritonéale. Si, en effet, l'épanchement est peu abondant, il peut être promptement limité par des fausses membranes qui le transforment, pour ainsi dire, en un simple abcès. Nous retrouverons plus loin cette disposition dans les *perforations du cæcum.*

§ VII. — Traitement.

J'ai, dans les articles précédents, exposé tout ce qui est relatif au traitement des diverses lésions auxquelles succède la perforation. Il serait donc inutile d'y revenir ici.

Lorsque la perforation existe, quelle est la conduite à tenir? Il faut encore distinguer ici les trois cas que j'ai mentionnés plus haut.

La perforation est-elle *bornée par un organe voisin de l'estomac*, on doit combattre par les *émissions sanguines* et par les autres *antiphlogistiques* l'inflammation plus ou moins profonde de cet organe, et insister sur les moyens déjà mis en usage contre l'ulcère de l'estomac. Les cas dans lesquels l'érosion de l'organe secondairement affecté donne lieu à des *vomissements de sang* plus ou moins abondants rentrent dans le traitement de la *gastrorrhagie* (1).

A-t-on lieu de croire à l'existence d'un *épanchement peu étendu* et *borné par des fausses membranes*, comme dans le cas cité par Delpech, il ne faut épargner aucune précaution pour mettre le sujet à l'abri des accidents qui le menacent. Il faut d'abord le condamner au *repos le plus absolu*, le mettre à la *diète la plus sévère*, *supprimer les boissons*, tromper la soif à l'aide de la *glace* ou de quelques gouttes d'une *liqueur acidule*, et mettre en usage le traitement recommandé par MM. Stokes et Graves contre la péritonite par perforation, c'est-à-dire l'*opium à haute dose*. Mais, en pareil cas, il est nécessaire de porter l'opium dans le canal intestinal à l'aide des *lavements;* car il est surtout important de ne pas introduire de nouvelles substances dans l'estomac. Des lavements avec 20, 30, *et même* 40 *gouttes de laudanum*, seront donc administrés dans ce but, et l'on couvrira le ventre de *fomentations émollientes*, auxquelles on aura ajouté une forte proportion de vin d'opium.

Les *émissions sanguines* sont surtout mises en usage lorsqu'il y a une réaction fébrile marquée. En pareil cas, c'est aux *sangsues* que l'on a principalement recours, et on les applique en grand nombre (40, 50 et 60) sur le point le plus douloureux de la région abdominale.

Enfin, *dans les cas où il existe une péritonite suraiguë* généralisée, on doit se hâter de recourir au traitement énergique mis ordinairement en usage contre cette

(1) Voy. *Gastrorrhagie*, § VII.

affection, et sur lequel je ne m'étendrai pas ici, parce que j'aurai à l'exposer en détail dans un des articles suivants (voy. article *Péritonite*).

On comprendra, du reste, pourquoi je n'insiste pas davantage sur le traitement de la perforation de l'estomac ; car bien souvent il est presque inutile, et l'on ne nous a appris presque rien de spécial sur son compte. Ce que j'indiquerai dans le traitement de la *rupture de l'estomac* sera d'ailleurs facilement applicable au traitement de la perforation.

ARTICLE IX.

RUPTURE DE L'ESTOMAC.

C'est au mémoire de M. Lefèvre, précédemment cité, qu'il faut emprunter en grande partie ce que nous avons à dire de cet accident grave, dont il a rassemblé les principaux exemples. Cet auteur a cité sept observations, dont une, très intéressante, a été recueillie par lui, et ces faits ne laissent aucun doute sur l'existence d'une véritable rupture. Tout, en effet, comme nous allons le voir, se réunit pour prouver qu'il y avait, dans ces cas, non une *perforation*, comme dans les cas précédents, mais une solution brusque de continuité produite par une véritable déchirure des tissus.

§ I. — Fréquence.

L'accident dont il s'agit ici n'est heureusement pas *fréquent* dans l'espèce humaine. On l'observe plus souvent chez les chevaux : et M. Lefèvre expose, ainsi qu'il suit, les symptômes observés sur ces animaux par les vétérinaires : On peut reconnaître deux temps distincts dans la marche de la maladie. *Dans le premier*, on note des coliques violentes, le retour des aliments ou des gaz par les naseaux, précédé de fortes contractions, par lesquelles l'animal cherche à allonger le cou. Cet état peut durer plusieurs heures. *Dans le deuxième temps*, les symptômes changent subitement : les efforts de vomissement s'arrêtent ; le cheval ne se débat plus ; une sueur froide couvre son corps ; la respiration est très accélérée, le pouls très fréquent et petit. Si le cheval est couché, il se relève, et la mort survient promptement. J'ai cité cette courte description, parce que, se rapportant à une rupture non douteuse de l'estomac chez le cheval, elle peut servir de point de comparaison pour l'appréciation des symptômes observés chez l'homme.

Voyons maintenant quelles sont les circonstances dans lesquelles se produisent ces ruptures et à quels signes elles donnent lieu.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* M. le docteur Stewart Allen (1) a vu une rupture de l'estomac se produire chez un *enfant de dix ans*. Il n'est pas dit, dans l'observation, si l'enfant avait mangé des fruits. M. le docteur Lefèvre a fait remarquer que tous les cas dont il a rapporté l'histoire avaient été observés chez des personnes du *sexe féminin*, et il s'est demandé si cette prédisposition tenait à la forme qu'impriment à l'estomac les *corsets trop serrés*. Le nombre des faits est évidemment insuf-

(1) *The Lancet*, décembre 1845.

fisant pour résoudre une question de ce genre : mais il était bon de signaler cette circonstance qui pourra servir à d'autres pour éclairer la question.

Les personnes tourmentées par des *épigastralgies* fréquentes, celles dont les digestions laborieuses sont accompagnées d'un *dégagement considérable de gaz*, paraissent, suivant M. Lefèvre, plus exposées à ce mode de solution de continuité de l'estomac. Sans prétendre que cette assertion est entièrement erronée, je dirai qu'elle ne ressort pas rigoureusement des observations rapportées par cet auteur ; car, dans le plus grand nombre des cas, et notamment dans les observations 2, 3 et 7 de son mémoire, on n'a pas observé ces conditions particulières.

2° *Causes occasionnelles.* Nous avons des renseignements plus précis sur les causes occasionnelles de cet accident. Dans toutes les observations, en effet, le repas qui a précédé la rupture et la mort avait consisté dans une *quantité considérable d'aliments le plus souvent d'une difficile digestion*, comme des haricots, des choux, des fruits divers, et en particulier des prunes. Or, un temps plus ou moins long après cette digestion, il est survenu des troubles digestifs très notables, et qu'on ne pouvait attribuer qu'à une indigestion. Il pourrait se faire, comme on le conçoit bien, qu'une disposition morbide de l'estomac suffît seule pour produire ces accidents, sans que l'ingestion d'aliments indigestes fût nécessaire. La cause déterminante, en effet, est l'*indigestion*, de quelque manière qu'elle soit produite, et, par suite, la *distension de l'estomac* par les gaz et les liquides, avec des *efforts* plus ou moins considérables de vomissement.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont de deux sortes, suivant qu'on examine les malades avant ou après la rupture.

1° *Symptômes qui précèdent la rupture.* Dans le premier cas, il y a de véritables symptômes d'indigestion, qui, ainsi que le fait remarquer M. Lefèvre, durent plus ou moins longtemps, selon que l'estomac présente plus ou moins de résistance. Ces symptômes sont d'abord une *violente douleur* dans la région épigastrique, avec *gonflement notable* et sensation de *pesanteur*. Les malades, d'après M. Lefèvre, comparent la sensation qu'ils éprouvent à celle que produirait une *forte pression* à la base du thorax. Surviennent ensuite des nausées, puis des *efforts de vomissement qui sont infructueux* et n'aboutissent qu'à faire rejeter de très petites quantités de matières muqueuses. Les *évacuations alvines manquent ;* si l'on en obtient à l'aide des lavements, on les trouve formées de matières bien liées qui ont paru à M. Lefèvre être le résidu évident des digestions antérieures. Il existe en même temps une très grande *anxiété* et une *agitation* telle, que les malades se couchent tantôt sur le ventre, tantôt sur le dos ; qu'ils se roulent sur leur lit, se pelotonnent et ne savent quelle position garder. On a vu alors le *ventre rétracté* vers la partie moyenne, ce qui faisait ressortir encore davantage la tension de l'épigastre. La déglutition est facile, mais elle provoque presque immédiatement des nausées, et par suite le rejet des boissons qui viennent d'être ingérées ; c'est ce que l'on observait principalement dans le cas recueilli par M. Lefèvre lui-même. Un sujet accusait la *sensation d'un obstacle* qui s'opposait à l'introduction des boissons dans l'estomac.

Cependant il existe ordinairement une *soif* très vive, que par les raisons qui viennent d'être indiquées, on ne peut pas satisfaire. La *langue*, à toutes les époques de la maladie, est pâle, large et humide.

La lenteur et la régularité du *pouls* sont très remarquables dans un état où l'agitation est portée à un si haut degré ; seulement les pulsations sont parfois un peu étroites et serrées.

Comme dans les indigestions ordinaires, cet état n'est point continu ; on observe, au contraire, des *moments de calme* de courte durée, à la suite desquels les accidents se reproduisent plus intenses.

Tels sont les symptômes qui précèdent la rupture. On comprend qu'ils doivent avoir une durée indéterminée, puisque la production de la solution de continuité dépend de la rapidité avec laquelle se fait la distension de l'estomac, de la violence des efforts de vomissements, et de la résistance des tissus. On comprend également que si les mêmes phénomènes se produisaient chez des sujets dont l'estomac serait déjà ramolli, la rupture se ferait avec beaucoup plus de rapidité ; c'est en effet ce qui eut lieu dans deux des cas cités par M. Lefèvre.

2° *Symptômes après la rupture.* Maintenant quels sont les symptômes qui succèdent à la rupture ? Ils ne diffèrent en rien de ceux qui suivent la perforation, lorsque celle-ci fait communiquer la cavité de l'estomac avec celle du péritoine. On peut s'en convaincre par la description suivante empruntée à M. Lefèvre (1) : « La *douleur*, de dilacérante qu'elle était, devient *brûlante* et *change de place*. Le *ventre*, d'abord *douloureux à la pression*, se soulève, se *ballonne* et acquiert une sensibilité extrême ; les malades sont alors *moins agités ;* mais à mesure que les symptômes de la péritonite se prononcent davantage, il se manifeste de *nouveaux efforts de vomissement* qui ne sont encore suivis d'aucun résultat. Le *pouls devient très fréquent*, petit, serré, misérable ; la *peau* des extrémités est *froide*, elle se couvre d'une *sueur* glaciale et visqueuse. La *face*, profondément altérée, exprime la terreur. Les malades, tout en conservant l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, jettent par intervalles des *cris plaintifs* qui peignent la vivacité de leurs douleurs. Souvent alors ils expirent en demandant à boire, en se levant ou en faisant un mouvement pour changer de place dans leur lit, etc. »

On voit donc qu'il n'y a pas à s'y tromper, et que le moment où se fait la rupture de l'estomac, et où les matières sont épanchées dans la cavité péritonéale, est assez précis pour être indiqué avec exactitude.

§ IV. — Lésions anatomiques.

Ce que l'on observe de remarquable parmi les lésions anatomiques, c'est d'abord la distension considérable de l'estomac. Cette distension porte principalement sur le grand cul-de-sac, et, dans le point correspondant à la solution de continuité, cette cavité présente un aspect infundibuliforme qui, d'après Lenhosseck, est un caractère propre aux *perforations spontanées*, c'est-à-dire à la rupture ; car, ainsi que nous venons de le voir, c'est là le nom donné par quelques auteurs à la lésion dont nous nous occupons.

Au sommet de cet entonnoir, on trouve une solution de continuité irrégulière

(1) *Loc. cit.*, p. 51.

plus ou moins arrondie, mais présentant ceci de particulier, que les tuniques de l'estomac ne se correspondent pas exactement à son pourtour, ce qui est dû à leur rétraction différente, et ce qui distingue parfaitement la rupture dont il s'agit de la perforation ulcéreuse dans laquelle les membranes peuvent être érodées dans une étendue inégale, mais non présenter un plus ou moins grand degré de rétraction. En outre, on trouve aux environs, dans quelques cas, des fendillements, de véritables éraillures de la muqueuse, qui ne sont autre chose qu'un commencement de rupture. M. Lefèvre, ayant à l'aide d'une forte insufflation distendu sur des cadavres l'estomac jusqu'à le rompre, a trouvé ensuite dans cet organe des lésions entièrement semblables à celles qui viennent d'être décrites.

Il y a de plus un amincissement considérable des parois de l'estomac, et cet amincissement est en rapport avec le degré de distension qu'ont supporté les parois. Du reste, on ne trouve pas aux environs de la perforation, au moins dans la majorité des cas, de ramollissement sensible des tissus. On peut encore leur faire supporter d'assez fortes tractions sans les rompre.

Quant aux matières contenues encore dans l'estomac, elles sont en plus ou moins grande quantité, selon que la perforation leur a fourni un écoulement plus ou moins facile. Elles consistent principalement en aliments mal digérés, répandant une odeur aigre, et en une grande quantité de gaz qui s'échappent souvent au moment où l'on fait l'ouverture de l'abdomen.

Dans une analyse faite sur un sujet observé par M. Lefèvre, M. Lepelletier, pharmacien de la marine, a trouvé que « l'extrême acidité des matières était due à la présence des acides suivants, rangés dans l'ordre croissant de leurs proportions :

» 1° Acide hydrochlorique,	des traces.
» 2° — hydrosulfurique,	
» 3° — malique,	
» 4° — phosphorique,	

» 5° Acide acétique surtout, dont la proportion peut être évaluée au moins au cinquantième ou au quart du poids des matières, selon qu'on le représente par l'acide le plus concentré ou par du vinaigre. »

D'un autre côté, on trouve dans le péritoine des lésions qui prouveraient jusqu'à l'évidence que l'accident a eu lieu pendant la vie, si déjà les symptômes indiqués plus haut n'en avaient fourni une démonstration suffisante. Ce sont les traces de l'inflammation vive qui entoure l'épanchement, et qui se répand plus ou moins loin. Je n'indiquerai pas ici ces lésions; elles appartiennent à la péritonite par perforation, et je les exposerai plus loin.

Tout se réunit donc, comme on le voit, pour faire adopter l'explication que M. Lefèvre a donnée de cet accident formidable : les circonstances dans lesquelles se produisent les symptômes, c'est-à-dire un bon état de santé antérieur, la violente distension de l'estomac observée pendant la vie, l'apparition brusque des signes de péritonite, la forme qu'affecte l'estomac, celle de sa perforation, et les traces d'inflammation péritonéale, ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Aussi le fait suivant cité par M. Lees (1) sous le titre de *perforation à la suite d'un ulcère chro-*

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 30 décembre 1851.

nique de l'estomac, me paraît-il rentrer dans cette catégorie. Il s'agit, en effet, d'une jeune fille de dix-neuf ans qui, habituellement bien portante, fut prise quelques heures après le repas de phénomènes morbides de perforation de l'estomac. Une péritonite se déclara, M. Lees employa l'opium à haute dose, un grain toutes les heures; le quatrième jour, la malade allant bien, l'opium fut suspendu, mais tout à coup les accidents revinrent avec plus d'intensité et elle succomba. On trouva à l'autopsie les signes d'une péritonite et une perforation de l'estomac, large comme une pièce de dix sous, arrondie, à bords lisses, située à la face antérieure de la petite courbure, au voisinage du cardia, sans aucune autre trace de maladie qu'un léger ramollissement de la muqueuse.

Cependant lorsque l'estomac est très ramolli, la rupture peut se produire en dehors de cette cause. M. le docteur Burggraeve (1) a vu une rupture de l'estomac, par suite d'un ramollissement pultacé, donner lieu à une large ouverture qui faisait communiquer cet organe avec l'arrière-cavité du péritoine. Au moment de la rupture il se produisit un *emphysème général*, avec symptômes d'asphyxie. La mort survint en très peu de temps.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

C'est d'abord avec la *perforation de l'estomac* qu'on peut le plus facilement confondre la rupture de ce viscère; mais, d'après ce que nous venons de dire, on voit que les différences signalées dans l'article précédent se trouvent entièrement confirmées.

Mais il est des perforations, des ruptures d'autres organes qui donnent lieu à des accidents semblables. Le diagnostic est alors difficile. Cependant l'état antérieur des malades, le siége de la douleur, la manière dont elle s'est étendu à l'abdomen, servent à mettre sur la voie. C'est ainsi qu'on reconnaîtra la *rupture d'un gros vaisseau*, *de la rate*, la perforation *de la vésicule biliaire*, etc.; mais ce sont des cas particuliers que je dois me borner à mentionner, devant les retrouver plus tard. J'en dirai autant des perforations *de l'intestin* dans la fièvre typhoïde, dans l'*ulcération du cæcum*, etc.

Un mot seulement sur la *perforation intestinale* qui peut se produire *dans le cours d'une phthisie*. La longue durée de la maladie qui a précédé la perforation, les symptômes pectoraux (toux, crachats, hémoptysie, signes fournis par la percussion et l'auscultation, sueurs nocturnes, dépérissement) feront reconnaître quelles sont les conditions dans lesquelles la perforation a eu lieu; et le point de départ de la douleur, s'il peut être précisé, indiquera que c'est l'intestin, et non l'estomac, qui est perforé.

Si, comme dans un cas recueilli par M. Mesnard (2), la rupture d'un de ces derniers organes était précédée d'une indigestion plus ou moins violente, le diagnostic serait presque impossible; aussi dans ce cas, où l'on ne trouva qu'une *rupture d'une veine épiploïque*, était-on persuadé, avant l'autopsie, qu'on avait eu affaire à une véritable rupture de l'estomac.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est des plus graves; on ne possède

(1) *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, janvier 1845.
(2) Obs. 4e du mémoire de M. Lefèvre.

pas, en effet, un seul exemple de guérison d'un accident semblable. Au moment où il n'y a que des symptômes d'indigestion, on ne saurait croire que le malade est dans un véritable danger, puisque tant d'autres cas, en apparence semblables, se terminent par de simples vomissements et des déjections alvines; et lorsqu'on a acquis la certitude que la rupture a eu lieu, on doit désespérer de la vie du sujet.

M. Lefèvre compare, sous le point de vue du pronostic, la rupture de l'estomac qu'il désigne sous le nom de *perforation spontanée*, avec les perforations dont il a été question plus haut, et il fait observer avec juste raison que la gravité de la rupture est beaucoup plus grande.

§ VI. — Traitement.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit plus haut sur le traitement de la péritonite suraiguë qui survient dans certains cas de perforation de l'estomac. C'est, en effet, alors la péritonite qui est toute la maladie, et cette affection ne présente point de différences, suivant la manière dont s'est faite la solution de continuité. Je renvoie donc, à ce sujet, le lecteur au chapitre précédent.

Mais *avant que la rupture ait eu lieu*, lorsqu'il n'existe encore que des symptômes d'une violente indigestion, avec distension de l'estomac, *quelle conduite le praticien doit-il tenir?* J'ai déjà dit que les symptômes, en pareil cas, ne différaient pas très sensiblement de ceux d'une indigestion ordinaire; il s'ensuit donc que le plus souvent on croira avoir affaire à un cas sans gravité, et qu'on se bornera à prescrire quelques calmants et quelques évacuants; mais ces derniers moyens, loin d'être utiles, pourraient avoir, au contraire, un effet funeste, car ils pourraient n'agir qu'en augmentant les efforts impuissants de vomissement, cause efficiente de la rupture. Si donc on avait quelques motifs de croire que le cas se rapproche de ceux dont il a été question dans cet article, on devrait chercher un autre moyen de débarrasser l'estomac. Il importe par conséquent de rappeler les signes qui pourraient nous mettre sur la voie.

Nous avons indiqué plus haut les principaux faits; je les résumerai tout à l'heure, mais auparavant il faut dire un mot de la *percussion*, qui, en pareil cas, peut fournir des lumières utiles. A l'aide de ce moyen, en effet, on peut constater l'ampliation de l'estomac, dont la courbure inférieure peut descendre au-dessous de l'ombilic, et faire une saillie plus ou moins considérable vers le flanc gauche. Dans ces points, et en suivant la courbe indiquée, il y a une matité marquée, limitée par le son clair que rendent tout autour les intestins refoulés. Vers la région épigastrique, on trouve, au contraire, un son très clair dû à l'accumulation des gaz qui ont gagné les parties supérieures. On constate parfaitement cet état sans qu'il soit nécessaire de faire usage du plessimètre, et l'on peut reconnaître ainsi, non seulement que l'estomac contient des liquides et des gaz, mais encore, approximativement, la quantité qu'il en contient.

Si donc la douleur épigastrique était extrêmement vive; si l'anxiété et l'agitation étaient portées à un très haut degré; si l'on constatait un gonflement très considérable de la région de l'estomac avec la matité et le son clair que nous venons d'indiquer; et si enfin il y avait des efforts de vomissement fréquents, violents, et sans autre résultat que le rejet de quelques mucosités, on devrait avoir recours,

comme le recommande M. Lefèvre, qui toutefois n'a pas eu occasion d'employer ce moyen, à la *pompe stomacale, et enlever ainsi mécaniquement les liquides contenus dans l'organe.*

M. Lefèvre pense qu'il serait utile, après avoir vidé l'estomac, de le *laver* aussi exactement que possible avec une *décoction émolliente.* Mais rien ne prouve que cette précaution soit nécessaire ; car nous savons que l'estomac, comme les autres organes creux, reprend facilement toutes ses fonctions dès qu'il est revenu à son volume habituel. Quant à l'inflammation qu'on pourrait craindre de voir éclater, il n'est nullement probable qu'elle se produise. Aussi je ne crois pas qu'il soit très utile de mettre en usage un *traitement antiphlogistique sévère*, de prescrire la *diète*, etc., comme M. Lefèvre l'indique.

Quant à l'instrument à mettre en usage, on connaît la pompe stomacale, dont nous aurons occasion de reparler à l'article *Empoisonnement.* On peut d'ailleurs voir ce que j'ai dit à ce sujet à propos de l'*asphyxie par submersion* (voy. t. I). Mais il importe de rappeler ici, comme M. Lefèvre l'a fait avec raison, que l'on peut vider l'estomac à l'aide d'un appareil beaucoup plus simple, indiqué par Renault (1).

Cet appareil se compose d'une seringue bien calibrée, munie à son extrémité d'une grosse sonde œsophagienne de gomme élastique. La sonde une fois introduite, on adapte la seringue, dont le piston est complétement enfoncé, et l'on retire ensuite lentement celui-ci de manière à aspirer le liquide. S'il faut revenir plusieurs fois à cette manœuvre, on a soin de laisser la sonde en place, et de ne retirer que la seringue pour la vider.

Il est inutile de donner un résumé d'un traitement aussi simple.

ARTICLE X.

DILATATION DE L'ESTOMAC.

Il est rare qu'une dilatation considérable et permanente de l'estomac se montre à l'état de simplicité, c'est-à-dire en l'absence de toute lésion organique qui puisse expliquer la rétention des matières et la distension des parois stomacales. Cette distension et cette rétention s'observent au contraire dans un assez bon nombre de cas de cancer de l'estomac. Faut-il donc renvoyer la description de cet état morbide à l'article consacré à ce cancer, dont il est la conséquence ordinaire ? Je ne le pense pas. Nous allons voir, en effet, qu'on a quelquefois observé la dilatation de l'estomac sans qu'on pût l'expliquer par la coarctation et l'induration du pylore ou de son voisinage. Elle devient évidemment alors une maladie particulière dont il faut connaître l'existence et dont il faut rechercher le mode de production. Je vais en conséquence en exposer rapidement les principaux phénomènes, et indiquer les moyens mis en usage pour remédier aux accidents que cet état détermine. Il me suffira ensuite, à l'article *Cancer de l'estomac*, d'indiquer comment le même effet sera produit par une cause nouvelle, et de renvoyer, pour les détails symptomatiques, à la description que je vais tracer.

(1) *Nouvelles expériences sur les contre-poisons de l'arsenic.* Paris, an x, thèse in-8.

§ I. — **Définition, synonymie, fréquence.**

J'ai déjà dit que la dilatation de l'estomac, sans cause organique appréciable, est un fait rare. Pour s'en convaincre, il suffit de remarquer que, malgré les recherches nombreuses faites sur ce sujet par M. Duplay (1), on ne connaît encore que quatre cas qu'on puisse regarder comme des exemples de cette affection, et encore doit-on conserver quelques doutes sur un ou deux. Cependant M. Louis (2) a constaté l'existence de cette dilatation dans neuf cas de phthisie tuberculeuse, et ce fait, qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des autres auteurs, mérite d'être mentionné. C'est à la dilatation qu'il faut rapporter les faits publiés sous le titre d'*hydropisie de l'estomac*, *hydrops ventriculi* (3) ; car, comme nous allons le voir, l'existence d'une véritable hydropisie de ce viscère n'est pas admissible.

§ II. — **Causes.**

Les causes organiques écartées, il ne nous en reste plus qu'un petit nombre qu'on puisse regarder comme produisant la dilatation de l'estomac. Ce sont : l'*amincissement* considérable de ce viscère, l'*atrophie de ses fibres musculaires*, comme on en voit un exemple dans une observation de M. Andral (4), la *paralysie de l'estomac*, admise dans des cas où l'on ne pouvait pas invoquer d'autre cause, et qu'on a comparée à la paralysie de la vessie, et enfin l'*ingestion immodérée* de substances solides et surtout liquides, dont Percy et Laurent (5) ont rapporté des exemples auxquels il faut joindre deux cas observés et publiés par M. Pézerat (6). Enfin, il faut ajouter à ces causes l'*augmentation* de volume du foie qui, refoulant en bas l'estomac, le met dans des conditions favorables à sa dilatation. M. Louis a en effet constaté que deux fois seulement la dilatation de l'estomac avait lieu dans des affections chroniques autres que la phthisie et le cancer, et il a remarqué que, dans ces deux cas, il y avait précisément dans le foie une augmentation de volume très notable, comme dans les cas de phthisie.

Je n'ai pas admis parmi ces causes l'adhérence de l'estomac aux organes environnants, et surtout au foie, parce qu'il n'est nullement démontré qu'en pareil cas il n'y eût pas de lésion organique suffisante pour expliquer la dilatation.

§ III. — **Symptômes.**

Dans la description des symptômes, M. Duplay a fait entrer l'analyse des cas dans lesquels il existait une lésion organique, aussi bien que celle des cas simples. Je ne crois pas devoir imiter cet exemple, parce que j'examine la question sous un point de vue moins général.

La *pesanteur* à la région épigastrique, surtout après les repas ou après l'ingestion

(1) *De l'ampliation morbide de l'estomac*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. III, p. 166 et 365).
(2) *Rech. sur la phthisie*, 2e édit. Paris, 1843, p. 69.
(3) Obs. de Jodon, rapportées par Rivière, *Op. univ.*
(4) *Clin. méd.*, 3e édit., t. II, obs. 7.
(5) *Journ. complém.*, t. I, et *Dict. des sc. méd.*
(6) *Journ. complém.*, t. XXV, p. 162, et reproduits dans le mémoire de M. Duplay, obs. 5 et 12.

d'une quantité considérable de boisson, est un symptôme observé constamment; c'est peut-être celui dont les malades se plaignent le plus. On a même noté de véritables *douleurs*, mais des douleurs *sourdes*, occupant toute la région. C'est ce qui avait lieu chez un sujet dont M. Duplay (1) a rapporté l'histoire, et chez lequel l'autopsie permit de constater l'état sain du pylore. On n'a jamais noté ces douleurs vives qui se montrent dans la *dilatation brusque de l'estomac*, et surtout dans celle qui précède la rupture (2).

Parfois il existe des *nausées*, mais ce n'est guère qu'au moment où l'estomac est considérablement distendu par les aliments et les boissons, et où le vomissement doit bientôt avoir lieu. Le *vomissement* s'est montré dans tous les cas. Variable, ainsi que l'a fait remarquer M. Duplay, aux diverses époques de la maladie, il est plus fréquent dans les premiers temps, ce qui tient sans doute à la plus grande facilité avec laquelle se contracte l'estomac, dont une dilatation énorme n'a pas encore complétement détruit l'action. La *matière des vomissements* mérite une attention particulière. Dans aucun des cas où la simplicité de la dilatation a été constatée, on n'a noté les vomissements noirs ou sanglants que nous trouvons fréquemment dans le cancer. Les aliments plus ou moins mal digérés, les boissons, et une quantité ordinairement considérable de mucosités, forment cette matière des vomissements. Un sujet se plaignait de la saveur âcre des matières vomies; il avait aussi des rapports acides. Un fait qui doit être noté, et que nous retrouverons quand il s'agira du *cancer de l'estomac*, c'est que, dans des cas même où les vomissements avaient lieu peu de temps après le repas, les aliments récemment pris n'étaient pas vomis. On a peine à s'expliquer ce fait, qui néanmoins a été constaté. Quelques malades provoquent eux-mêmes, en titillant la luette, ces vomissements, qui les soulagent en les débarrassant du poids incommode qu'ils sentent à la région épigastrique.

La *forme du ventre* change peu à peu, à mesure que la maladie fait des progrès. On voit d'abord l'abdomen proéminer au niveau de l'ombilic, puis plus bas, et enfin l'augmentation de volume peut être portée au point que le ventre prend la forme d'une besace, comme cela avait lieu dans un cas cité par M. Duplay, et dans plusieurs autres rapportés par les auteurs sous le nom de *polyphagie*. Tels sont, d'une manière générale, les changements que subit l'abdomen; mais, pour plus de précision, il faut examiner cette région avant et après le vomissement.

Avant le vomissement, la saillie dont je viens de parler est à son maximum, et c'est alors que le ventre tend à retomber sur le haut des cuisses; *après le vomissement*, le volume de cette cavité est notablement réduit; mais lorsque la distension a été très considérable, il reste une flaccidité des parois plus ou moins marquée.

La *palpation*, lorsqu'elle est pratiquée l'*estomac étant distendu*, fait reconnaître une tumeur peu résistante, mal circonscrite, qui, partant de l'hypochondre gauche, se porte vers l'épine iliaque du même côté, et de là remonte vers l'hypochondre droit. M. Louis a pu reconnaître la petite courbure qui était descendue au-dessous de l'ombilic, et formait ainsi un arc de cercle assez considérable s'étendant d'un hypochondre à l'autre. Il est vrai que, dans les cas observés par cet auteur, il s'a-

(1) Obs. 4 de son mémoire.
(2) Voy. l'article précédent.

gissait de véritables cancers de l'estomac, mais les choses se passant de même dans ceux où la cause n'est pas une lésion organique profonde, on peut leur appliquer cette observation. Cette disposition anormale des parties s'explique facilement. L'estomac étant fixé par ses deux extrémités cardiaque et pylorique, la partie moyenne obéit seule à la pesanteur, et subit seule le déplacement que je viens d'indiquer.

Lorsque la distension est très considérable, on peut, *à la simple vue*, reconnaître cet état de l'estomac, dont la saillie, à travers les parois de l'abdomen, conserve la forme primitive de l'organe. Après un vomissement abondant, ces signes disparaissent en partie, pour se montrer de nouveau bientôt après.

Un autre signe qu'il est important de rechercher, c'est la *fluctuation*. Elle se produit facilement à l'aide du *ballottement*, par la raison que l'estomac est occupé en partie par les liquides et en partie par des gaz. Tantôt elle est obscure, tantôt évidente; assez souvent elle est accompagnée d'un bruit de *gargouillement* ou de *glouglou* aussi sensible pour le malade que pour le médecin. On a vu des sujets qui, par la simple contraction de l'abdomen, pouvaient produire ce phénomène; la plupart l'entendent lorsqu'ils font des mouvements un peu rapides, et surtout lorsque, étant couchés, ils se retournent brusquement. On n'a pas songé à pratiquer la *succussion;* il est plus que probable qu'elle doit produire le même phénomène que dans les cas de *pneumo-hydrothorax* (1).

Quelques sujets éprouvent une sensation particulière qui mérite d'être mentionnée. Lors de l'ingestion des liquides, ils les sentent *descendre profondément*, et jusque vers le petit bassin. C'est surtout lorsque les boissons ont une température très basse que cette sensation est éprouvée. Ces signes, comme les précédents et comme ceux qui vont suivre, disparaissent en partie après les vomissements abondants, ce qu'il était à peine nécessaire de dire, puisqu'ils dépendent tous de la plus ou moins grande accumulation des matières, mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, parce que cette particularité est importante pour le diagnostic. Si l'on voulait les rendre plus évidents, on pourrait faire avaler une certaine quantité de liquide; mais ce moyen, dont on a tant abusé dans des expériences faites sur la percussion, est loin d'être indispensable, puisque, en suivant la marche de la maladie, on est sûr de voir bientôt tous ces phénomènes se produire.

La *percussion* peut être d'un grand secours pour reconnaître cet état de l'estomac. On trouve, vers l'épigastre ou vers l'ombilic, suivant que la petite courbure est plus ou moins abaissée, un son clair résultant de la présence des gaz à la partie supérieure; puis le niveau du liquide à une hauteur variable, suivant l'abondance des boissons prises. Ce niveau transversal, lorsque le malade est à son séant, donne le son humorique résultant du contact des gaz et du liquide. Ce bruit est, comme on sait, un peu argentin et semblable à celui qu'on produit en rapprochant les deux paumes des mains, de manière à laisser un peu d'air dans leur intervalle, et en donnant avec le dos de l'une d'elles un coup sec sur le genou. Enfin vient le son mat dû à la présence du liquide. Ce son mat s'étend jusqu'en bas, et peut faire reconnaître la grande courbure, lorsqu'elle n'atteint pas le petit bassin.

En faisant varier la position du malade, on obtient des changements encore re-

(1) C'est, en effet, ce que j'ai eu occasion de constater récemment chez un sujet affecté de cancer de l'estomac.

connaissables par la percussion. S'il se couche sur le dos, l'étendue du son clair augmente, parce que les gaz se portent vers la paroi antérieure de l'abdomen; quand il est couché sur le côté gauche, on trouve le son clair vers l'hypochondre, ou vers le flanc droit, et le niveau du liquide est oblique de haut en bas et de gauche à droite; quand il se couche sur le côté droit, le résultat est opposé. On peut, en pratiquant ainsi la percussion, suivre les progrès de l'accumulation du liquide; mais il n'est réellement pas nécessaire d'apporter une aussi minutieuse précision dans l'examen, les autres signes étant plus que suffisants pour faire connaître les variations et les progrès de l'affection.

Tels sont les symptômes locaux. Quant à ceux qui ont leur siége dans un point plus ou moins éloigné, ou qui sont purement fonctionnels, ils sont en petit nombre ou se rapportent à une affection organique profonde dont l'ampliation morbide de l'estomac n'est qu'une conséquence, c'est-à-dire au cancer.

Si nous ne considérons que les cas dans lesquels la maladie a été simple, nous voyons que l'*état de la langue* ne présente rien de particulier, ou plutôt qu'il est normal; que l'*appétit* est ordinairement augmenté, et quelquefois à un point extrêmement considérable : c'est ce que l'on observe à un haut degré dans les cas de *polyphagie*, dont les auteurs précédemment cités nous ont laissé des exemples. Il est rare, dans les cas dont il s'agit, que l'*état général* souffre beaucoup; cependant, comme on peut en juger par les observations, il n'y a aucun rapport entre la quantité énorme d'aliments que prennent certains sujets et l'embonpoint qu'ils présentent. Ils sont dans une espèce de *langueur*, ou plutôt de *torpeur* qui annonce l'embarras de la digestion.

Lorsque les vomissements deviennent fréquents, les *digestions* se font mal; la *constipation* devient opiniâtre, et l'on observe un *dépérissement* marqué. Il est rare néanmoins que les malades succombent à cette affection à son état de simplicité; on peut même dire qu'il n'existe aucun fait authentique qui prouve qu'elle a seule occasionné la mort. Dans les cas cités, on a trouvé des altérations plus ou moins profondes d'autres organes, et, en particulier, du cœur et des poumons, qui ont rendu compte de la terminaison fatale.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est lente, et, dans les premiers temps, les malades n'y font presque pas attention. La pesanteur à l'épigastre et la difficulté des digestions sont les seuls symptômes qui existent, en effet, pendant longtemps; mais peu à peu la force de contraction de l'estomac étant vaincue, les matières s'accumulent en plus ou moins grande abondance; elles sont plus difficilement chassées à travers le pylore, les vomissements surviennent, et l'affection prend un aspect sérieux.

Cette marche de la maladie est en rapport avec les changements de forme et de volume de l'estomac, et, ainsi que l'a fait remarquer M. Duplay, l'accumulation des matières, qui d'abord n'était qu'une simple conséquence du défaut de contractilité de l'estomac, finit par être elle-même un des obstacles les plus puissants à cette contraction, et, par suite, une des causes les plus efficaces de l'ampliation.

La *durée* de la maladie est illimitée, mais on peut dire en général qu'elle est toujours très considérable.

Quant à sa *terminaison*, nous avons vu plus haut qu'on ne pouvait guère attribuer à l'ampliation de l'estomac elle-même la mort des malades; d'un autre côté, M. Duplay a cité quelques cas de guérison que j'aurai occasion de rappeler à l'article du traitement : nouvelle preuve qu'il faut séparer avec soin la dilatation simple de l'estomac de la dilatation suite d'une lésion organique, car l'une et l'autre ont une gravité bien différente, et sont loin d'avoir le même degré d'importance pour le praticien.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de l'ampliation morbide de l'estomac, telle que je la décris ici, sont fort simples. D'abord on trouve les changements de volume et de forme qu'il était possible de distinguer pendant la vie à travers les parois abdominales. Les deux orifices de l'estomac se trouvent rapprochés l'un de l'autre, et le viscère est réellement suspendu à ses deux extrémités plus ou moins tiraillées. La petite courbure, formant un arc de cercle beaucoup plus étroit, se trouve portée au-dessous du niveau de l'ombilic, et la grande courbure occupe en grande partie les fosses iliaques et le grand bassin ; il en résulte que l'épiploon est presque complétement effacé, et que les intestins, plus ou moins comprimés, se trouvent cachés par la poche énorme formée par l'estomac. Quant aux parois de celui-ci, on les a trouvées amincies, transparentes. On a vu les fibres musculaires écartées et quelquefois détruites aux environs du pylore. Dans ce dernier cas, on peut avoir quelques doutes sur la nature de la maladie et croire que l'ulcération n'était pas simple, comme on l'a pensé. Plus loin j'exposerai en peu de mots les différences qui existent dans les lésions anatomiques entre les cas de dilatation simple et de dilatation suite du cancer. La cavité de l'estomac renferme une quantité ordinairement considérable de matières accumulées : ce sont des aliments plus ou moins altérés par la digestion, des boissons, des mucosités, et quelquefois des corps étrangers, tels que des cailloux, du plâtre, divers instruments, comme des couteaux, des cuillers, etc., ainsi qu'on l'a observé dans les cas de polyphagie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On a cité un certain nombre d'erreurs de diagnostic qui sont célèbres dans la science. Ainsi, dans le siècle dernier, on admit l'existence d'une *grossesse* chez une femme qui n'avait autre chose qu'une ampliation morbide de l'estomac. Dans un autre cas on fit la ponction, croyant avoir affaire à une *ascite* (1). Aujourd'hui on évitera facilement ces erreurs. Il est même presque inutile d'indiquer le diagnostic de la *grossesse* et de la maladie qui nous occupe : dans la grossesse, l'existence de la tumeur à la partie moyenne et inférieure du ventre, sa consistance, sa convexité supérieure, l'absence de tout changement par le déplacement, l'auscultation qui fait découvrir les battements du cœur du fœtus ainsi que le bruit placentaire, et enfin le toucher du col, sont plus que suffisants pour écarter toute cause d'erreur.

Le diagnostic de la dilatation de l'estomac et de l'*hydropisie ascite* mérite un peu plus notre attention. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il existe un son clair au-dessus de l'ombilic et un son mat vers les parties déclives; dans l'un et l'autre cas,

(1) Chaussier, *Mém. sur les fonct. du grand épiploon* (*Mém. de l'Acad. de Dijon*, 1784).

il y a une fluctuation plus ou moins sensible, et la forme du ventre pourrait paraître à peu près la même à un examen peu approfondi ; mais voici comment on distinguera ces deux états morbides. Dans l'ascite, la matité due à la présence du liquide se fait d'abord reconnaître à l'hypogastre et dans les flancs. Dans les cas de dilatation de l'estomac, elle occupe primitivement la partie moyenne de l'abdomen, et l'on peut par la percussion déterminer au-dessous de la grande courbure le son propre aux intestins. En outre, le niveau du liquide ne présente pas une courbe à concavité supérieure, comme dans les cas d'ascite ; il est transversal. Ces signes font suffisamment distinguer ces deux affections, lorsque l'ampliation de l'estomac n'est pas portée au plus haut degré, et lorsque la grande courbure n'est pas encore descendue jusque dans le bassin.

Dans ce second cas, il faut observer attentivement la forme du ventre. On peut, en effet, par la palpation ou à la simple vue, reconnaître la forme de l'estomac; on suit la rénitence ou la saillie déterminée par la petite courbure au-dessous de l'ombilic, puis on voit, dans les deux flancs et à l'hypogastre, des espèces de voussures formées par l'organe distendu, et dont la plus considérable correspond à la grosse tubérosité de l'estomac. De plus, nous avons dit que, dans les cas de dilatation stomacale, le ballottement déterminait le bruit de gargouillement et de glouglou : c'est ce qu'on n'observe pas dans l'ascite, dans laquelle la véritable fluctuation est, au contraire, beaucoup plus manifeste ; enfin, et c'est là le point le plus important, l'état des parties, après le vomissement, vient éclairer le médecin de manière à ne lui laisser aucun doute.

Après le vomissement, qui est un des caractères de la dilatation de l'estomac, on voit, en effet, se dissiper en partie tous les symptômes locaux. Dans l'ascite, ou bien il n'y a point de vomissements, ce qui est le plus ordinaire, ou s'il y en a, l'état de l'abdomen reste le même. En outre, on peut quelquefois par la percussion reconnaître le volume et la position de l'estomac dans l'ascite, ce qui permet de constater qu'il y a deux matités : l'une due au liquide contenu dans l'estomac, l'autre au liquide contenu dans le péritoine, et alors il ne peut plus y avoir la moindre hésitation.

Reste maintenant à rechercher si l'on peut distinguer les cas où la dilatation est simple de ceux où elle est la suite d'un *cancer de l'estomac ;* mais je crois devoir renvoyer ce diagnostic différentiel à l'article suivant, où nous étudierons les symptômes du cancer.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je ne pense pas qu'il soit utile de rappeler ce que j'ai dit à propos du diagnostic différentiel de la dilatation de l'estomac et de la grossesse : la distinction est aujourd'hui trop facile. Je me contenterai donc de poser les principaux caractères différentiels de cette dilatation et de l'ascite.

Signes distinctifs de la dilatation de l'estomac et de l'hydropisie ascite.

DILATATION DE L'ESTOMAC.	ASCITE.
Lorsque l'affection est peu avancée, il reste encore le *son intestinal au-dessous de la grande courbure.*	Son *mat dans l'hypogastre* et les fosses iliaques.

A une époque plus avancée, on peut *sentir la petite courbure* au-dessous de l'ombilic, ou distinguer sa saillie.	*Aucune saillie circulaire* semblable à celle de la petite courbure.
Diverses saillies dues à la distension de l'estomac.	Ventre *uniformément* développé.
Par le ballottement, on détermine le bruit de *gargouillement* ou de *glouglou*; fluctuation ordinairement *obscure*.	*Pas de gargouillement* ou de *glouglou*. Fluctuation évidente, à moins de circonstances particulières.
Vomissements après lesquels *diminution plus ou moins notable* des symptômes locaux.	Dans l'ascite, *pas de vomissements*, ou s'il en existe, ils n'ont *aucune influence sur l'état de l'abdomen*.

Pronostic. Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie prouve qu'elle n'a pas par elle-même une gravité très notable ; cependant on peut concevoir qu'il arrive un moment où la dilatation de l'estomac est telle qu'on ne peut plus y porter remède. Toutes choses égales d'ailleurs, l'ampliation due à l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments ou de boissons est la moins grave. Nous allons voir tout à l'heure qu'on a pu assez facilement y remédier en pareil cas.

§ VII. — Traitement.

Abstinence des aliments et des boissons. Le traitement qui a le plus complétement réussi dans cette maladie est l'*abstinence* plus ou moins prolongée, et ensuite la persistance dans un genre de vie sobre et réglé. M. Pézera a cité un fait très curieux sous ce point de vue. Il s'agit d'une femme de trente ans dont le ventre avait le volume qu'il présente au dernier terme de la grossesse. L'examen attentif fit reconnaître l'ampliation morbide de l'estomac, et les renseignements pris sur la malade apprirent qu'elle ingérait chaque jour plus d'aliments qu'il n'en faudrait pour sustenter deux ou trois manœuvres, et que même elle en aurait pris une plus grande quantité si elle en avait eu à sa disposition. Il suffit de quinze jours, pendant lesquels on tint la malade à la demi-portion, pour ramener l'estomac à son état normal, et ensuite, tant que cette femme vécut avec sobriété, elle se vit débarrassée de son mal; mais elle présenta de nouveau les mêmes symptômes toutes les fois qu'elle voulut satisfaire complétement son appétit. Dans un autre cas cité par le même auteur, et où la maladie paraît avoir été déterminée par l'ingestion habituelle d'une énorme quantité de boissons, on voyait l'ampliation morbide de l'estomac se dissiper en très grande partie dès que le malade diminuait la quantité du liquide, et reparaître dès qu'il revenait à ses habitudes qu'il ne voulut pas abandonner. On voit donc que l'abstinence des aliments et des boissons est un moyen qu'il faut avoir soin de recommander; mais il ne faudrait pas mettre trop promptement les malades à une diète sévère, car il est certain qu'ils ne pourraient pas la supporter.

Excitants et toniques. L'état de faiblesse qu'on a supposé exister dans l'estomac a engagé à recourir aux *excitants* et aux *toniques;* pour cela, on prescrit une petite quantité d'extrait de *quinquina*, des infusions aromatiques, et en particulier l'infusion de *sauge*, les *alcooliques*, les *ferrugineux*, et entre autres le carbonate de fer à la dose de 1 à 4 grammes; enfin les *amers*, tels que l'infusion de houblon, de petite centaurée, de gentiane. Cependant il ne faut pas croire qu'on puisse indifféremment employer ces moyens, sur la valeur desquels nous sommes, du reste,

bien loin d'être fixés; nous voyons, en effet, dans un cas observé par M. Guyot, le vin et les autres alcooliques aggraver tous les accidents, tandis que des substances douces étaient facilement supportées; il est vrai qu'il n'est pas parfaitement démontré que dans ce cas il ne fût pas question d'un cancer de l'estomac, et non d'une dilatation simple.

Purgatifs. Les purgatifs doux ont été mis en usage dans un double but. On a eu, en effet, l'intention d'évacuer par l'intestin les matières accumulées dans l'estomac, et de vaincre en même temps la constipation, symptôme ordinaire de l'affection dont nous parlons. Rien ne prouve encore qu'on ait atteint ce double but par ce moyen.

Strychnine. Dans les cas où l'on a supposé l'existence d'une véritable paralysie de l'estomac, on a administré la strychnine; mais les essais sur ce point sont encore bien peu nombreux et ne nous apprennent rien de positif. Dans un des cas observés par M. Duplay, ce remède fut prescrit, mais ne put être continué de manière à produire des résultats évidents, parce que le malade voulut quitter l'hôpital. La strychnine peut être administrée, dans ces cas, en pilules. On commencera par des pilules de 5 milligrammes, dont on donnera une par jour; puis, tous les deux ou trois jours, on pourra élever graduellement la dose, sans chercher à dépasser huit ou dix pilules. On peut encore appliquer un vésicatoire à la région épigastrique, et le panser chaque jour avec une dose de 1 à 3 et 4 centigrammes de poudre de strychnine.

Vomitifs. Un moyen palliatif consiste à provoquer artificiellement le vomissement. Nous avons vu, en effet, qu'après un vomissement copieux les malades se sentaient notablement soulagés; aussi, le plus souvent, n'hésitent-ils pas eux-mêmes à se procurer ce soulagement, et ils se font vomir par la titillation de la luette. Un vomitif administré par le médecin, lorsque l'accumulation des matières est portée à l'extrême, dissipe d'abord les principaux accidents, et permet ensuite d'avoir recours aux moyens précédemment indiqués. Souvent il suffit de faire ingérer quelques verres d'*eau tiède* et de *titiller la luette* avec les barbes d'une plume.

Régime. Enfin il faut prescrire un régime composé d'aliments nutritifs sous le plus petit volume possible; les viandes noires rôties en formeront par conséquent la base. Dans les cas où le ventre aurait acquis un volume et une flaccidité considérables, une ceinture élastique serait utile, en maintenant les organes et en exerçant une douce compression.

Il est inutile de donner des ordonnances pour un traitement aussi simple; le résumé sommaire suffira pour rappeler au lecteur les principaux moyens à mettre en usage.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Diminution notable de la quantité des aliments et des boissons; légers excitants; toniques; ferrugineux; amers; légers purgatifs; strychnine; vomitifs; régime.

ARTICLE XI.

CANCER DE L'ESTOMAC.

Ce n'est guère que depuis l'époque où l'on a commencé à s'occuper avec soin de l'anatomie pathologique, que le cancer de l'estomac a été plus ou moins bien étudié.

Auparavant, le peu que l'on savait sur cette affection était exposé dans les articles consacrés aux altérations de fonctions de cet organe. Néanmoins quelques observations isolées que l'on trouve dans Schenckius, Forestus, Acutus Lusitanus, etc., ont pu être rapportées à la maladie cancéreuse lorsque les études modernes ont fait suffisamment connaître cette affection. Plus tard, Morgagni (1) a réuni un grand nombre de cas de cancer de l'estomac, décrits principalement sous le point de vue de l'anatomie pathologique, mais encore incomplétement, même sous ce point de vue. Depuis la fin du dernier siècle, un assez grand nombre de dissertations, de mémoires particuliers et de monographies, ont été consacrés au cancer de l'estomac. Parmi ces dernières il faut distinguer celles de Pezzold (2), de Blanchard (3), de Chardel (4), et une des plus récentes, celles de Prus (5). En outre, dans ces dernières années, on a poussé l'anatomie pathologique du cancer beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, ainsi qu'on peut en juger par les différents ouvrages publiés sur ce sujet, et surtout par les recherches de M. Lebert (6) qui me seront très utiles dans cet article et un bon mémoire de M. Broca (7). M. Louis (8) a surtout insisté sur l'état de la membrane musculaire, qui n'avait point suffisamment fixé l'attention des auteurs.

Comme on le voit, les matériaux ne manquent point pour l'étude du cancer de l'estomac, et cependant j'ai cru devoir recourir aux observations particulières pour tracer une description complète de la maladie. Il reste, en effet, comme chacun sait, un assez grand nombre de points obscurs, plusieurs autres qui ont soulevé des discussions assez vives, d'autres encore sur lesquels les auteurs ne se sont pas expliqués d'une manière assez précise, et qui demandent à être éclairés par une analyse de faits. Dans le but de jeter quelque lumière sur tous ces points, j'ai rassemblé un bon nombre d'observations, dont trente-trois, entre autres, qui m'ont été communiquées par M. Louis, ont été soumises à une analyse rigoureuse, de telle sorte que j'aurai une suffisante quantité de faits pour résoudre les questions importantes. Je n'ai pas reculé devant un semblable travail, parce qu'il m'a semblé que, dans les articles sur le cancer de l'estomac, on s'était trop souvent borné à répéter ce qui avait été déjà dit, et que souvent aussi on s'était fondé sur des observations incomplètes ou envisagées sous un point de vue trop limité.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est assez difficile, au milieu des opinions contradictoires émises sur la nature du cancer en général et du cancer de l'estomac en particulier, de donner sans discussion une définition rigoureuse de l'affection qui nous occupe. Toutefois, d'après les faits que j'ai étudiés, je crois pouvoir dire que le cancer de l'estomac consiste dans une *dégénérescence spécifique* des parois de cet organe, dégénérescence d'où

(1) *De sedibus et causis morborum.*
(2) *Von der Verhart. und Vereng. des unt. Magenmundes.* Dresde, 1787.
(3) *De difficili aut impedito alim. e ventr. in duod. progres.* Lugd. Batav., 1787.
(4) *Monogr. des dégénér. squirrh. de l'estom.* Paris, 1808.
(5) *Rech. nouv. sur la nat. et le traitement du cancer de l'estomac.* Paris, 1828.
(6) *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer.* Paris, 1851.
(7) *Anat. pathl. du cancer* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1852, t. XVI, p. 453 et suiv.).
(8) *De l'hypertr. de la membr. musc. de l'estom. dans toute son étendue, dans le cancer du pylore* (*Rech. anat.-pathol.*, Paris, 1826, p. 120).

résultent tous les symptômes de l'affection. Plus tard, j'aurai maintes fois occasion de discuter cette proposition et d'en démontrer l'exactitude.

On a décrit le cancer de l'estomac sous les noms de *carcinoma ventriculi*, *squirrhe de l'estomac*, *hypertrophie*, *fongus*, *dégénérescence carcinomateuse*, etc. Les mots *cancer* et *carcinome* sont aujourd'hui généralement adoptés.

Parmi les affections chroniques, le cancer de l'estomac est une de celles qu'on rencontre *assez fréquemment*, et parmi les affections cancéreuses c'est une de celles qu'on a *le plus souvent* occasion d'observer ; car, après le cancer de l'utérus, elle est de beaucoup la plus fréquente. Il résulte, en effet, des recherches de M. Louis que le cancer de l'utérus est deux fois plus fréquent que le cancer de l'estomac ; mais que celui-ci est à son tour deux fois plus fréquent que le cancer du foie, qu'on rencontre bien plus souvent que les autres. Encore faut-il remarquer que, dans un bon nombre de cas, le cancer du foie est consécutif au cancer de l'estomac, ce qui augmente considérablement la proportion que je viens d'indiquer.

§ II. — Causes.

Les recherches qui ont été faites sur les causes du cancer de l'estomac sont bien loin d'être rigoureuses. Le plus souvent on s'est contenté d'indiquer ce que l'on avait observé dans quelques cas, plutôt que de poser les conclusions d'un examen portant sur tous les faits observés. J'indiquerai dans ce paragraphe le résultat des recherches particulières dont j'ai parlé plus haut, et je le mettrai en regard des principales assertions des auteurs.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, il n'en est pas qui soit mieux connue que l'influence de l'*âge*. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est très rare d'observer le cancer de l'estomac avant l'âge de la puberté et après l'âge de soixante-dix ans ; c'est en effet ce qui résulte des observations. Dans les cas recueillis par M. Louis, l'âge moyen des sujets était de cinquante-huit ans ; aucun n'avait moins de vingt-cinq ans ; un petit nombre avait passé l'âge de soixante ans. Dans les observations que j'ai rassemblées, l'âge moyen des malades était à très peu près celui qui a été indiqué par M. Louis, un peu plus considérable toutefois chez les hommes que chez les femmes, puisque les premiers avaient, terme moyen, cinquante-neuf ans et une fraction, et les secondes cinquante-deux ans et une fraction. Quant aux limites de l'âge, nous trouvons un seul sujet de vingt-cinq ans : c'était un homme ; aucun n'était moins âgé ; mais il y avait, sur vingt-neuf sujets sur lesquels porte ce relevé, trois hommes qui avaient dépassé l'âge de soixante-dix ans ; l'un d'eux, entre autres, avait quatre-vingts ans. Ces chiffres, pris sur des faits exactement observés, pourront servir à une statistique plus complète. On a cité quelques cas de cancer chez des individus beaucoup plus jeunes ; mais ils sont extrêmement rares et doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels. En résumé, c'est de cinquante à soixante-dix ans que le cancer se manifeste le plus fréquemment, et ce qui le prouve encore, c'est que cette période de la vie, dans les observations que j'ai rassemblées, a fourni vingt cas sur vingt-neuf, c'est-à-dire plus des deux tiers. M. Lebert (1), réunissant les faits observés par M. Marc d'Espine à

(1) *Loc. cit.*

ceux qu'il a recueillis lui-même, ce qui lui a donné un total de cent dix-sept cas, est arrivé au même résultat.

L'influence du *sexe* ne paraît pas moins bien établie par les faits. Tous les auteurs qui ont recueilli des observations ont remarqué que les hommes étaient plus sujets que les femmes au cancer de l'estomac. Des trente-trois cas que j'ai rassemblés, vingt appartiennent au sexe masculin et treize au sexe féminin. Ce résultat confirme l'opinion des auteurs; mais, avec plusieurs autres relevés de faits, il prouve que M. Barras (1) a été trop loin en disant que presque tous les cas de cancer de l'estomac se trouvaient chez les hommes. Je dois néanmoins ajouter que MM. Lebert (2) et d'Espine sont arrivés à des résultats contraires. Le premier, sur quarante-deux cas, en note dix-neuf chez les hommes et vingt-trois chez les femmes; le second, sur cent seize, en signale cinquante-quatre chez les hommes et soixante-deux chez les femmes. Ces résultats opposés à l'opinion générale ne tiennent-ils pas à l'insuffisance des chiffres? C'est ce que de nouvelles observations nous apprendront.

Est-il quelques autres causes prédisposantes dont l'existence soit bien prouvée? Si l'on examine les observations qui ont été publiées, on ne trouve rien de concluant à ce sujet. Et d'abord, sous le rapport de la *constitution*, je vois, dans les faits que j'ai rassemblés, que presque tous les individus avaient eu à une époque de leur existence, et souvent pendant de longues années, une très bonne constitution; plusieurs même affirmaient qu'ils n'avaient jamais été malades avant l'affection gastrique qui les amenait à l'hôpital. Quelques uns avaient toujours eu une santé frêle et délicate, mais c'était le plus petit nombre. Ainsi on ne peut trouver dans la constitution aucune prédisposition évidente à cette maladie.

Les observations sont presque toutes muettes sur le *tempérament* des malades, ce qui n'a pas empêché de dire, et Chardel a principalement insisté sur ce point, que le *tempérament lymphatique* prédispose à l'affection qui nous occupe. On sent que, pour se prononcer à cet égard, il faudrait avoir des renseignements très précis sur l'état des malades avant le développement du cancer, et c'est évidemment ce que nous n'avons pas.

On a fait jouer un très grand rôle aux *habitudes hygiéniques*, et principalement à la *nourriture* habituelle du malade; mais il est à remarquer que les auteurs qui ont le plus insisté sur ces circonstances sont ceux qui, d'une part, regardent les irritants portés sur la muqueuse gastrique comme une des causes les plus efficaces de la gastrite, et, de l'autre, prétendent que le cancer est une simple conséquence d'une gastrite prolongée. J'ai déjà dit, à l'article *Gastrite*, ce qu'il fallait penser de cette manière de voir relativement à la production de l'inflammation; nous verrons tout à l'heure si l'influence de cette inflammation elle-même est aussi bien démontrée que l'ont cru les auteurs dont il s'agit.

Si maintenant nous examinons sous ce point de vue les faits que j'ai rassemblés, nous voyons que deux sujets seulement avaient l'*habitude des boissons alcooliques* prises en assez grande quantité, tandis que rien de semblable n'est indiqué pour les autres, et que chez quatre il a été constaté d'une manière positive que cette cause n'avait nullement existé. Deux sujets, entre autres, n'avaient jamais ou presque jamais enfreint leurs *habitudes de sobriété*. C'est donc évidemment des idées

(1) *Précis analyt. sur le cancer de l'estomac*, etc. Paris, 1842.

(2) *Loc. cit.*

toutes théoriques qui ont porté Broussais à regarder l'abus des *boissons alcooliques*, et principalement de l'*eau-de-vie*, comme la cause la plus puissante du cancer de l'estomac.

D'autres auteurs, au contraire, ont pensé qu'une *nourriture de mauvaise qualité*, peu solide, insuffisante, pouvait avoir sa part dans la production de la maladie. Le fait est possible, mais il n'est pas démontré. Dans les observations que j'ai rassemblées, ces circonstances ne sont pas mentionnées, tandis que dans deux cas il est dit positivement que la nourriture était bonne. J'ajoute que M. Lebert n'a constaté que trois fois sur quarante-deux cas l'insuffisance ou la mauvaise qualité des aliments. La misère, les *privations de toute espèce*, ont-elles une influence réelle? C'est encore une question qu'il est impossible de résoudre positivement. Tout le monde sait qu'il n'est pas rare d'observer le cancer dans les classes les plus élevées de la société, aussi bien que dans les plus inférieures; mais la proportion nous manque complétement, et cependant c'est là une question de proportion. Presque tout ce qu'on a dit à ce sujet est par conséquent hypothétique.

Citons, cependant, un résultat statistique qui pourra être utile. Il résulte des recherches de M. Marc d'Espine (1), que toutes les maladies cancéreuses en général, et le cancer de l'estomac en particulier, sont plus fréquents parmi les riches que parmi les pauvres : sur vingt et un sujets chez lesquels la richesse ou la pauvreté ont été notées, quinze étaient riches et six pauvres.

On a encore invoqué comme cause prédisposante le *séjour dans les grandes villes* ou dans *certains pays*. Parmi les sujets dont j'ai pu consulter les observations, il y en avait quelques uns dont le séjour à Paris avait été prolongé, d'autres qui y étaient depuis peu, sans qu'on puisse rien conclure de ces faits. M. Cloquet (2) affirme que le cancer de l'estomac est fréquent en Normandie; Jos. Frank (3) dit que cette affection se montre très fréquemment dans les États autrichiens, et beaucoup moins dans la Lithuanie. Il faudrait des chiffres considérables pour mettre ces assertions hors de doute, et nous n'en avons pas.

Nous n'avons pas de preuves sur l'influence de la *vie sédentaire;* c'est tout à fait gratuitement qu'on a admis que les hommes de cabinet avaient une prédisposition à l'affection qui nous occupe. Il en est de même de la nécessité de *travailler le corps étant penché en avant*, comme font les tailleurs et les cordonniers.

Les *chagrins profonds*, les *émotions morales* vives fréquemment répétées, ne sauraient être regardées comme une cause déterminante du cancer de l'estomac; mais peut-on admettre que, longtemps prolongée, cette cause place les sujets dans des conditions favorables au développement de la maladie? On a cité à ce sujet quelques faits remarquables; mais encore ici n'a-t-on pas pris pour un rapport de cause à effet une simple coïncidence? Dans les observations que j'ai réunies, je trouve que deux sujets ont fait remonter le début de leur maladie à une époque où ils ont éprouvé des chagrins profonds et prolongés. L'un d'eux insistait surtout beaucoup sur ce point, et la cause de son chagrin était la perte d'un enfant. Ces faits méritent assurément qu'on en tienne compte; mais de là à une démonstration complète il y a encore bien loin. Peut-être même a-t-on regardé comme une cause

(1) *Ann. d'hyg.* Paris, 1847, t. XXXVII, p. 323.

(2) *Bull. de la Société de la Faculté de méd.*, n° 7; — H. Lebert, *Traité pratique des malad. cancéreuses*, p. 95.

(3) *Prax. med.*, part. III, vol. I, sect. 2.

de la maladie ce qui n'en était qu'un des premiers effets; car, quoiqu'il soit vrai de dire avec Barras que le cancer de l'estomac plonge moins les malades dans la tristesse que la gastralgie, il est certain que plusieurs sujets tombent dans une espèce d'hypochondrie, lorsque leurs digestions se troublent, notablement au début de l'affection cancéreuse.

Quant à l'*abus des plaisirs vénériens*, à la *masturbation*, aux *pertes excessives* causées par divers flux, ce sont des causes qui ont été admises sans aucune preuve et qui ne doivent pas nous arrêter.

Bayle (1) pense que le *célibat* est une des causes du développement du carcinome de l'estomac; mais cette assertion tombe évidemment devant les faits; car, dans les observations que nous avons rassemblées, presque tous les sujets étaient mariés ou vivaient maritalement, et avaient un ou plusieurs enfants. Une seule malade était restée vierge, quoique sa maladie n'eût commencé qu'à l'âge de cinquante-trois ans; mais un fait ainsi isolé n'a évidemment aucune valeur.

Les auteurs du *Compendium* ont, d'après M. Naumann (2), cité l'opinion de Balling qui prétend que le cancer est *endémique* dans une vallée voisine de la forêt Noire. Mais ils font remarquer combien une pareille opinion mérite peu de créance, n'étant point appuyée sur les faits.

Reste maintenant la question de l'*hérédité*. Malheureusement cette question n'a pas été traitée par les auteurs avec tout le soin nécessaire. Barras a rapporté quelques faits en faveur de l'hérédité; le suivant entre autres est remarquable : il a fait l'autopsie d'une dame dont l'estomac était évidemment cancéreux, et il a vu deux des fils de cette malade succomber à la même affection. Cependant, pour qu'on pût affirmer avec lui que le germe du cancer gastrique est transmis des parents aux enfants, il faudrait multiplier les observations (3). A plus forte raison devons-nous regarder comme non avenue cette proposition du même auteur, qu'une constitution détériorée par les *vices scrofuleux*, *vénériens*, *arthritiques*, *dartreux*, prédispose au squirrhe de l'estomac, et celle de Coiter qui prétendait que si l'on ne trouvait pas, chez les descendants des sujets morts du cancer de l'estomac, un cancer du même organe, on en trouvait du moins un de l'utérus, des mamelles, des testicules, etc. Ce n'est pas par de simples assertions qu'on peut établir la réalité de faits aussi difficiles à constater.

Il est une autre circonstance particulière aux femmes, c'est *l'état de la menstruation*. On peut se demander si les troubles plus ou moins notables de cette fonction ont quelque rapport avec la production du cancer gastrique; mais on voit bientôt qu'il n'en est rien, car une seule des malades interrogées sur ce point a eu une suppression de règles sans aucun rapport avec le cancer, puisque celui-ci ne s'est montré qu'un grand nombre d'années après, les fonctions de l'estomac n'ayant pas souffert dans l'intervalle.

Voilà tout ce que nous pouvons dire sur les causes prédisposantes. On voit combien il reste encore à faire pour résoudre les questions qui s'y rattachent, et cependant de quel intérêt ne serait-il pas de connaître les circonstances qui favorisent la

(1) *Dict. des sc. méd.*, art. CANCER.
(2) *Handbuch der medicin. Klin.*
(3) Voy., à ce sujet, P. Lucas, *Traité physiologique de l'hérédité naturelle*. Paris, 1850, t. II, p. 691.

production d'une maladie aussi redoutable? Malheureusement le cancer de l'estomac est une des affections le moins bien étudiées sous le rapport des antécédents des malades, et, dans les articles dont il fait le sujet, nous trouvons bien plus souvent des assertions que des résultats de faits rigoureusement observés. Recherchons maintenant s'il existe quelques causes occasionnelles évidentes.

2° Causes occasionnelles.

Si l'on s'en rapportait aux auteurs, il ne serait pas difficile d'indiquer un bon nombre de causes occasionnelles du cancer de l'estomac ; mais, si l'on ne veut rien avancer qui ne soit fondé sur l'observation, on voit bientôt que le nombre de ces causes est excessivement restreint, et que même il n'est guère permis d'en admettre une seule sans quelque doute.

Suivant J. Frank, les *fièvres intermittentes*, et en particulier celles qui ont été négligées, celles qu'on a traitées trop tard par le quinquina, ou dans lesquelles on n'a pas fait assez longtemps usage de ce remède, seraient une cause efficiente du cancer de l'estomac. Ce n'est là qu'une assertion sans preuve, et qui paraît plutôt démentie par la pratique de tous les jours.

Viennent ensuite les *vives émotions morales :* mais, s'il est vrai que, dans le petit nombre de cas signalés plus haut, le cancer gastrique se soit montré après de longs chagrins, rien ne prouve qu'il ait jamais été produit par le seul fait des passions vives.

Doit-on, avec J. Frank, placer le *jeûne* au nombre de ces causes? Cet auteur cite un seul fait à l'appui de cette opinion. Il s'agit d'un ecclésiastique qui, pendant vingt ans ayant dit la messe de très grand matin, put prendre des aliments à une heure peu avancée de la journée, et qui, dans les deux années suivantes, fut obligé de changer complétement ses habitudes et de jeûner tous les matins, parce que l'heure de sa messe fut retardée. Les symptômes gastriques se développèrent bientôt après ce changement, et le squirrhe se manifesta. Est-il permis de tirer une conclusion d'un fait ainsi isolé, surtout lorsque des milliers de faits prouvent le contraire ?

Les mêmes objections s'adressent aux causes suivantes admises par cet auteur : l'*onanisme*, le *coït exercé peu de temps après le repas*, le *mariage à un âge avancé*, la *suppression des hémorrhoïdes*, etc. C'est en admettant ainsi sans preuves l'existence d'une multitude de causes, qu'on jette de la défaveur sur l'étiologie, et qu'on en fait un assemblage de propositions ridicules.

L'*abus des boissons alcooliques* a été déjà indiqué au sujet des causes prédisposantes. Je n'y reviendrai ici que pour faire observer, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs, que les faits ne prouvent nullement l'influence de cet abus comme cause déterminante. Il en est de même de l'*abus des purgatifs*, quoiqu'on ait invoqué l'observation en faveur de cette cause (1). On a pris pour des rapports de cause à effet de simples coïncidences, et l'on n'a pas remarqué que l'abus des purgatifs avait très bien pu être motivé par la constipation plus ou moins rebelle, qui est déjà, comme on le verra plus loin, un symptôme du cancer gastrique.

L'*abus des acides* a été également rangé dans cette catégorie ; mais les faits sont

(1) Fichot, *Affect. squirr. du pyl.*, etc. (*Bull. de la Soc. d'émul.*, 1805).

encore bien insuffisants pour qu'on puisse admettre la vérité d'une pareille opinion. J. Frank se contente de citer une observation publiée par Goeritz (1) et les réflexions que fait cet auteur à ce sujet. Or, si nous examinons cette observation, nous trouvons qu'il s'agit tout simplement d'un malade qui, un an avant sa mort, avait fait un usage immodéré du *suc de citron;* mais nous verrons plus loin, en étudiant la marche de la maladie, que, selon toutes les apparences, il fallait faire remonter le début, dans ce cas, à une année au moins; que par conséquent la maladie était déjà déclarée lorsque l'appétence pour les boissons acidulées se manifesta, et qu'on pourrait regarder cette appétence bien plutôt comme un effet de la maladie que comme une cause. On a cité un très petit nombre de faits dans lesquels un cancer de l'estomac s'est déclaré un temps plus ou moins long après l'*empoisonnement par les acides*, et surtout par l'*acide nitrique ;* mais ces faits ne sont encore ni assez nombreux ni assez concluants pour qu'on soit autorisé à y voir autre chose que de simples coïncidences. Cette réflexion s'applique en particulier au fait recueilli par M. Bouillaud, et cité par M. Andral (2).

Quant à l'*influence des narcotiques* et des *préparations de plomb*, elle est encore, s'il est possible, moins bien démontrée que celle des causes que nous venons d'indiquer.

Quoique nous ne soyons parvenus, dans cette énumération, qu'à des résultats négatifs, il m'a paru nécessaire de la présenter, pour donner au lecteur une idée exacte de l'état actuel de la science sur ce point. Voici maintenant tout ce que les observations que j'ai rassemblées nous apprennent relativement aux causes occasionnelles.

Un sujet ressentit les premiers symptômes gastriques le jour même où, s'étant exposé *à jeun à un froid intense*, il en éprouva une impression assez vive. Deux autres accusaient *une violence extérieure* au niveau de la région de l'estomac. Mais chez l'un d'eux, qui avait fait une chute sur l'hypochondre droit, le cancer ne se développa que sept ans après. L'autre reçut un violent coup de poing sur l'épigastre, et les symptômes du cancer se déclarèrent très peu de temps après. Nous n'avons donc, parmi nos observations, que ce seul cas qu'on puisse citer comme un effet des violences extérieures ; mais il faut ajouter que d'autres auteurs en ont cité de semblables, et peut-être est-ce là la cause occasionnelle unique dont il faille admettre l'existence ; toutefois c'est encore un point à vérifier.

Je ne mentionnerai pas la *répercussion des exanthèmes*, ni la *cicatrisation d'anciens ulcères*, ni la *suppression des fonticules*, etc., parce que l'existence de ces causes n'est pas réellement fondée sur l'analyse des faits. On peut à ce sujet consulter ce que dit J. Frank, et la citation qu'il fait des mémoires du docteur Antomarchi sur les derniers moments de Napoléon.

Après avoir ainsi exposé les causes réelles ou prétendues du cancer de l'estomac, il est utile de dire un mot des diverses opinions émises sur la nature de cette maladie, ou, en d'autres termes, sur ses *causes organiques*. Un bon nombre de médecins modernes ont prétendu que le cancer de l'estomac était le résultat d'une *inflammation prolongée*, une simple *hypertrophie inflammatoire*. C'était en parti-

(1) *Nat. cur. ephem*, cent. VIII, obs. 20.
(2) *Cliniq. médicale*, t. II.

culier l'opinion de Broussais, qui ne voyait dans cette affection qu'une simple gastrite chronique. M. Andral (1) s'est principalement attaché à défendre cette opinion, ce qu'il a fait en montrant que l'hypertrophie et l'induration étaient une suite naturelle de l'inflammation de l'estomac ; que la muqueuse, après avoir été le principal siége de l'inflammation, pouvait revenir à l'état normal, tout en laissant au-dessous d'elle une hypertrophie des autres tissus; que c'était ainsi que se formaient en particulier les cancers désignés sous le nom de *squirrhes*. C'est évidemment d'après des observations incomplètes que cet auteur a soutenu cette manière de voir, que, du reste, il a un peu modifiée depuis. Nous avons vu en effet plus haut que l'existence d'une inflammation antérieure n'est nullement démontrée. Les faits nombreux de gastrite chronique que j'ai cités prouvent que l'inflammation peut durer très longtemps sans dégénérer en hypertrophie et en cancer. Plus tard nous verrons que cette dégénérescence présente des caractères particuliers; qu'elle a un siége spécial entièrement différent du siége de l'inflammation, et nous devons par conséquent rejeter d'une manière absolue la gastrite comme cause du cancer de l'estomac.

Il est évident qu'on ne doit pas admettre l'analogie trouvée par Chardel entre le squirrhe de l'estomac et la *dégénération tuberculeuse* des autres organes abdominaux; car à l'article *Lésions anatomiques* nous verrons d'une manière non douteuse que cette analogie n'est pas complète.

Faut-il, avec Prus, admettre que le cancer est tout simplement une *modification du système nerveux*, à laquelle on peut donner le nom d'*irritation cancéreuse?* Mais les faits sont loin de venir à l'appui de cette opinion. Le plus fort argument de Prus est que les vomissements sont d'abord purement nerveux et déterminent l'hypertrophie de l'organe, et en particulier de la membrane musculeuse. Or nous verrons plus loin que l'hypertrophie de la membrane musculeuse n'est pas sous l'influence unique des vomissements; qu'elle se montre même dans des cas où ces vomissements ont manqué ou ont cessé pendant longtemps; et que, d'un autre côté, il y a dans le cancer de l'estomac une lésion toujours la même, qui ne permet pas d'établir une distinction fondamentale entre les divers cas.

On le voit donc, toutes les opinions sur la nature de la maladie ne nous apprennent rien de positif. Il faut reconnaître que cette nature intime nous échappe entièrement, et ne pas insister davantage sur une discussion qui n'aurait aucun résultat utile.

§ III. — Symptômes.

On a commencé par établir une distinction entre le squirrhe de l'estomac et le cancer proprement dit. Celui-ci serait, dans cette manière de voir, caractérisé par la formation du tissu encéphaloïde. Il est donc permis de se demander s'il y aurait quelque avantage à étudier séparément sous le rapport symptomatique les cas qui peuvent être rapportés au squirrhe et ceux dans lesquels on peut admettre l'exis-

(1) *Mém. sur les caract. anat. de la gastrite chronique.* (*Répert. d'anat. et de phys. pathol.*, t. I, Paris, 1826).

tence du cancer proprement dit. Mais, de quelque manière qu'on envisage les faits, on s'assure que la distinction dont il s'agit n'est nullement fondée ; car, d'une part, les symptômes n'ont pas été différents dans ces deux catégories, et, de l'autre, nous verrons que la lésion, étudiée convenablement, se présente avec des caractères uniformes, et que de simples modifications en ont imposé à un examen peu approfondi. Dans la description suivante je comprendrai donc et le squirrhe et le cancer proprement dit, avec ses diverses variétés.

Début. Le début de la maladie est, dans presque tous les cas, peu rapide. Dans un seul de ceux que j'ai rassemblés, la maladie s'est produite presque brusquement : c'est celui que j'ai mentionné plus haut, et dans lequel les premiers symptômes se manifestèrent après l'impression d'un froid assez vif. Dans les autres, même dans ceux où les malades attribuaient leur affection à une violence extérieure, c'est peu à peu que les symptômes se sont développés.

Le premier de tous est une diminution plus ou moins notable de l'appétit. Dans presque tous les cas où on l'a recherchée, son existence a été constatée. Une fois seulement elle a été subite ; c'est dans le fait que je viens de rappeler. En même temps il se produit une douleur plus ou moins vive dans la région épigastrique : le siége de cette douleur n'est pas mentionné d'une manière précise. Dans la plupart des cas où elle a été vive dès le début, les symptômes ont marché avec une assez grande rapidité. Nous verrons plus loin que la douleur peut manquer dans tout le cours de la maladie ; à plus forte raison ne se manifeste-t-elle pas dans bon nombre de cas au début. Je ne la trouve indiquée que huit fois dans les observations que j'ai rassemblées.

Plus rarement les vomissements signalent l'invasion de la maladie. Je ne les trouve en effet notés que trois fois sur dix-sept cas où leur existence a été recherchée ; encore n'est-il pas bien certain qu'ils aient eu lieu au début même, de légers troubles des digestions ayant pu exister déjà sans que les malades se le soient rappelé. Même dans les cas où l'appétit n'est pas sensiblement diminué, des troubles digestifs se manifestent fréquemment. C'est ce qui a eu lieu en effet douze fois sur dix-sept cas, mais jamais les digestions ne se sont montrées douloureuses au début. Les malades, au contraire, éprouvaient une diminution des douleurs vives, après avoir mangé. La sensation dont ils se plaignaient était une pesanteur, une gêne plus ou moins considérable. Un seul eut du dégoût pour le vin dès les premiers temps ; les autres n'ont pas mentionné de symptômes semblables.

Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la faiblesse et un degré plus ou moins marqué de dépérissement ont apparu. Cependant, dans deux cas, la faiblesse s'est montrée à une époque très rapprochée du début, et, dans deux autres, il y a eu un dépérissement assez sensible. Ce signe était surtout marqué dans un cas où la maladie a marché très rapidement : j'y reviendrai plus tard. On ne saurait attribuer l'amaigrissement, qui a lieu quelquefois dans les premiers temps, à l'existence des vomissements qui empêchent la nutrition. Si, en effet, j'examine les observations sous ce point de vue, je vois que les vomissements ont coïncidé trois fois seulement avec l'amaigrissement, que deux fois ils ont eu lieu sans amaigrissement au début, et qu'une fois l'amaigrissement a fait tout d'abord des progrès rapides sans qu'il y eût ni vomissement ni diarrhée.

Enfin la constipation, quelques frissons peu intenses, la sensibilité au froid, des

coliques, une certaine inquiétude, se sont montrés dans un trop petit nombre de cas pour qu'on en puisse faire des symptômes caractérisant le début : je me borne donc à les mentionner.

J'ai cru devoir insister sur ces symptômes du début plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, parce qu'ils sont d'une utilité incontestable, ainsi qu'on le verra plus loin, pour établir le diagnostic entre le cancer et la gastrite chronique, ainsi que la gastralgie, maladies avec lesquelles on pourrait le plus facilement les confondre. Les auteurs, et en particulier J. Frank, ont décrit pêle-mêle ces symptômes du début et ceux de la maladie confirmée, et de là sans doute l'embarras dans lequel on s'est plusieurs fois trouvé pour reconnaître d'une manière positive l'existence du cancer. Il importe donc de résumer ce que je viens de dire pour en faire un tableau facile à saisir d'un coup d'œil.

La diminution de l'appétit, la gêne des digestions, accompagnées, dans un petit nombre de cas, d'une douleur médiocre, plus rarement vive, ouvrent la scène. Chez le plus petit nombre des sujets, des vomissements d'aliments, très rarement de bile, mais non de sang, viennent se joindre à ces symptômes. Le dépérissement et la faiblesse se montrent fort rarement, et plus rarement la constipation, les frissons, une certaine inquiétude, etc. En somme, c'est presque toujours de légers dérangements dans les digestions qui indiquent le commencement du cancer.

Symptômes. Les symptômes de la maladie confirmée ont presque tous été exposés en détail par les auteurs, qui cependant n'ont pas apporté dans leurs descriptions toute la précision désirable. Ce n'est pourtant qu'en étudiant avec le plus grand soin chaque symptôme en particulier, qu'on peut espérer de lever tous les doutes sous le rapport du diagnostic.

1° *Troubles fonctionnels.* Nous avons vu plus haut que l'*appétit* était fréquemment diminué dès le début. Dans dix-huit cas que j'ai analysés, et où ce symptôme fut recherché, son existence est constatée, soit pendant toute la maladie, soit seulement à une certaine époque, chez dix-sept sujets ; mais chez le dix-huitième, l'appétit est resté bon jusqu'à la fin, et ce n'est pas là un des phénomènes les moins remarquables dans une affection qui altère aussi profondément l'estomac. Sur trente-trois cas, M. Lebert a vu l'appétit conservé quatre fois ; augmenté une fois, diminué sans être aboli six fois. Vingt-deux fois il y avait anorexie. On chercherait en vain à se rendre compte de ces exceptions par l'état particulier dans lequel on a trouvé l'organe après la mort. Chez le sujet dont il s'agit, il existait, en effet, une ulcération assez étendue, et qui par conséquent semblait devoir anéantir complétement l'appétit, comme cela avait lieu dans d'autres cas absolument semblables.

Au reste, on trouve une assez bonne explication de cette espèce d'anomalie, quand on considère ce qui se passait dans d'autres cas où l'appétit fut notablement diminué et même complétement perdu. Voici, en effet, ce qu'on observa. En envisageant les faits d'une manière générale, on voit que la diminution de l'appétit faisait sans cesse des progrès ; mais il ne fut entièrement perdu que chez dix sujets sur dix-sept, et chez quatre d'entre eux il ne le fut que dans les derniers jours. Chez trois, l'appétit fut perdu complétement vers le milieu de la maladie ; mais, chose bien remarquable, il revint plus tard pour durer jusqu'au dernier moment. Chez deux autres, l'appétit éprouva des variations très grandes, de telle sorte que

pendant un temps plus ou moins long il était assez bon, puis il survenait de l'anorexie remplacée à son tour par une appétence assez marquée, et ainsi de suite jusqu'à la fin. Si nous joignons à cela ce que nous avons dit à propos du début, c'est-à-dire que l'appétit n'était diminué, dans les premiers temps, que chez la moitié des sujets environ, on verra qu'on ne peut pas, d'une manière positive, suivre la marche de l'affection d'après la diminution de l'appétit. Toutefois il faut dire que cette diminution a été en général d'autant plus rapide que la maladie a marché plus promptement.

L'*état des digestions* a principalement fixé l'attention des auteurs. Tous ont insisté avec force sur les troubles considérables qui se manifestent dans le cours de la maladie, au moment de la digestion surtout. Cependant il résulte des faits que j'ai analysés que cette proposition est un peu trop générale. Sur dix-huit cas, en effet, où l'état des digestions a été constaté, on voit qu'elles n'ont été réellement pénibles que chez les deux tiers des sujets. Les autres ne se plaignaient d'aucun malaise après le repas; s'il survenait des symptômes, c'était assez longtemps après, et cependant la perte de l'appétit n'en était pas moins marquée chez eux.

Chez neuf de ces sujets, les digestions ne devinrent très pénibles qu'à une époque très avancée de la maladie, c'est-à-dire de six mois à un ou deux ans après le début caractérisé par la perte de l'appétit et le dépérissement. On a remarqué que certains aliments sont ordinairement plus difficiles à supporter que d'autres; mais il n'y a réellement pas de règle générale à établir à ce sujet. Ainsi j'ai sous les yeux une observation où le malade, qui ne pouvait supporter ni le lait ni le vin, et qui vomissait la soupe, digérait assez facilement des pommes de terre et des choux; un autre ne pouvait digérer que des légumes et du vin sucré, et vomissait le lait et la viande; un autre ne supportait pas l'eau-de-vie; chez un autre, les boissons émollientes étaient trop lourdes; en somme, rien n'est plus variable que ce symptôme. Toutefois il faut dire qu'en général le laitage, les légumes, les aliments légers en un mot, sont facilement digérés, alors que déjà une nourriture substantielle passe difficilement ou est rejetée par les vomissements.

Les *sensations* éprouvées par les malades, un temps plus ou moins long après l'ingestion des aliments, sont la *pesanteur épigastrique*, des *aigreurs*, qui, chez deux sujets, étaient uniquement causées par le vin, des *éructations* tantôt sans odeur, tantôt ayant l'odeur d'œufs pourris (deux cas); un *gonflement* plus ou moins considérable dans la région de l'estomac, et enfin un *abattement* plus ou moins marqué.

Les *douleurs épigastriques* sont un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la maladie; mais on ne saurait les regarder somme un signe constant; car sur vingt et un cas que j'ai sous les yeux, et où l'exploration a été faite avec soin, deux fois elles ont manqué complétement, une fois elles ne se sont produites que les trois derniers mois de la maladie, et chez un sujet, chose très remarquable, après avoir existé au début, elles ont disparu pour ne plus se montrer. On a beau examiner les faits pour se rendre compte d'une différence si extraordinaire, on n'arrive à aucun résultat; car les lésions n'étaient pas différentes chez les sujets qui ont éprouvé des douleurs et chez ceux qui n'en ont pas eu. Parmi ces derniers, en effet, deux avaient un cancer ulcéré, et les autres des tumeurs plus

où moins développées. M. Lebert a également constaté ce qui suit sur quarante-deux malades : trois fois absence de douleurs, deux fois elles ont été très légères, et deux fois on n'a pu obtenir de renseignements.

Il faut distinguer avec soin, dans cette affection comme dans toutes les autres, les douleurs qui se sont *développées spontanément* de celles qui sont *provoquées par la pression.* Les premières sont notablement plus fréquentes ; elles se sont, en effet, montrées seize fois sur dix-sept cas, tandis que la douleur à la pression ne s'est manifestée que dix fois. La *douleur spontanée*, presque toujours vive, est définie d'une manière différente par les divers malades. Les uns la comparent à une sensation brûlante, les autres à des coliques; d'autres à une sensation de froid; d'autres à un bouillonnement douloureux. C'est presque toujours à l'épigastre que cette douleur a son siége. Cependant elle s'étend parfois au delà, peut contourner la base de la poitrine, se faire sentir dans les lombes et dans le dos. M. Cruveilhier a principalement insisté sur la douleur qui traverse la poitrine et va retentir dans un point de l'épine dorsale. Chez un sujet que j'ai actuellement sous les yeux, j'ai pu constater qu'une douleur de ce genre était due tout simplement à l'existence d'une *névralgie intercostale* indépendante du cancer, puisque l'application de quelques vésicatoires l'a enlevée rapidement, sans exercer aucune influence (il est à peine besoin de le dire) sur la maladie de l'estomac. En est-il de même dans les autres cas cités par les auteurs ? C'est principalement au-dessous de l'appendice xiphoïde, ou bien au niveau de la tumeur, que ces douleurs ont leur point de départ, alors même qu'elles vont s'irradier au loin.

Ce n'est que dans un petit nombre de cas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que ces douleurs se manifestent dès le début. Il est rare qu'elles deviennent bien intenses avant que la maladie ait duré plusieurs mois. Chez un certain nombre de sujets, les douleurs spontanées ne se développent que vers les derniers temps. Elles n'ont apparu parfois qu'aux derniers jours de l'existence. Il est extrêmement rare que ces douleurs, une fois qu'elles se sont montrées, ne persistent pas jusqu'à la mort, et même n'aillent pas en augmentant. Chez un sujet cependant, des douleurs spontanées sous forme de coliques d'estomac, s'étant montrées pendant quelques jours dans le courant du dernier mois, disparurent bientôt pour ne plus se montrer.

Pour les raisons indiquées plus haut, il n'est pas permis d'attribuer d'une manière absolue à l'ulcération du cancer le développement des douleurs que je viens de décrire. Cependant, si l'on considère que c'est à l'époque probable où cette ulcération a lieu qu'elles se font notablement sentir, on sera porté à admettre que l'ulcération contribue à les faire naître. Quant aux causes particulières qui leur donnent naissance, on voit que, dans un cas, c'était un développement considérable de gaz; dans un autre, le travail de la digestion ; dans un troisième, les efforts de vomissement ; et que, chez les autres sujets, elles se produisaient sans cause connue, à des époques variables de la journée.

La *douleur à la pression*, qui, ainsi que nous venons de le voir, se montre moins fréquemment que la douleur spontanée, est aussi moins vive ; cependant parfois, et surtout à la fin de la maladie, elle est portée à tel point, que la palpation de l'épigastre cause de vives souffrances. Lorsqu'il existe une tumeur appréciable par le toucher, c'est à son niveau que se manifeste la douleur à la pression. Comme

la douleur spontanée, celle dont il s'agit ici ne se montre ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie, et peut disparaître après avoir existé plus ou moins longtemps.

Le *vomissement* est ensuite le symptôme le plus remarquable et le plus constant. Cependant il ne faut pas croire qu'il ne manque jamais dans cette maladie. Dans vingt-six cas, en effet, dans lesquels son existence a été rigoureusement recherchée, il a été constaté parfaitement que le vomissement a complétement manqué chez un sujet, et un autre a positivement affirmé qu'il n'avait jamais vomi. Dans quarante-deux cas observés par M. Lebert, les vomissements ont manqué six fois, ont été rares cinq fois, et chez trois des malades chez lesquels ils ont manqué, l'autopsie démontra une altération de l'orifice pylorique avec rétrécissement dans deux cas. On a pensé que l'absence des vomissements dans le petit nombre de cas où on l'observe a un rapport évident avec les altérations trouvées après la mort ; que dans ces cas le pylore reste large, et que par conséquent le passage des aliments dans les intestins se fait toujours facilement. Chez les deux sujets dont je viens de parler, il n'y avait pas, en effet, de rétrécissement du pylore, mais il existait auprès de cet orifice un épaississement notable des parois, avec une ulcération assez étendue, et, sous ce rapport, ces cas ne différaient pas de plusieurs autres, dans lesquels cependant les vomissements avaient été abondants. Par conséquent, s'il est vrai de dire que la liberté de l'orifice pylorique paraît être une circonstance qui s'oppose au vomissement, il n'en faut pas moins admettre qu'il y a encore d'autres causes qui ne nous sont pas connues, et dont l'état des organes ne rend nullement compte.

Nous avons vu qu'il était rare d'observer les vomissements au début ; c'est ordinairement vers le milieu du cours de la maladie qu'ils se manifestent, ou du moins qu'ils deviennent assez fréquents pour inquiéter les malades. Ainsi, chez quatorze sujets qui d'abord n'en avaient pas eu, ou qui n'en avaient eu que de loin en loin, ils sont devenus, vers le milieu de la maladie, assez fréquents pour qu'il ne se passât pas de semaine sans qu'il y en eût plusieurs ; chez quelques uns même, le vomissement a eu lieu, dès cette époque, tous les jours, ou même plusieurs fois par jour (cinq ou six fois dans un cas).

Chez presque tous les sujets, les vomissements vont ensuite en augmentant de fréquence, de telle sorte que, vers la fin de la maladie, ils se produisent tous les jours une ou plusieurs fois. Toutefois cette règle est loin d'être sans exception : ainsi on voit des sujets qui, après avoir eu des vomissements multipliés pendant un temps assez long, les voient cesser dans les derniers jours et même dans les trois ou quatre derniers mois ; d'autres chez qui ils cessent et se reproduisent à diverses reprises sans qu'on puisse en saisir la cause.

Il est curieux de rechercher quel est le rapport qui existe entre l'état du pylore et cette fréquence des vomissements. Voici ce que nous apprennent les observations : Dans les vingt-six cas que j'ai cités plus haut, il y en a eu, comme je l'ai déjà dit, deux sans vomissements ; restent donc vingt-quatre. Or, dans vingt de ces cas, le pylore était rétréci d'une manière notable, et surtout dans quatre d'entre eux ; et si l'on examine quelle était la fréquence des vomissements, on voit que cinq fois ils ont été très nombreux à la fin de la maladie, et que trois fois, au contraire, ils ont toujours été rares. C'est ce qui avait lieu chez un entre autres, dont le pylore

n'avait qu'un calibre de cinq lignes environ. Mais dans d'autres cas, au nombre de quatre, le pylore ayant été détruit en plus ou moins grande partie par une ulcération remarquable par sa largeur, il y a eu des vomissements très fréquents trois fois, absence de vomissements, au contraire, chez un sujet. De plus, enfin, un rétrécissement très considérable du pylore n'a pas empêché que des vomissements qui avaient été très fréquents dans le milieu de la maladie aient cessé quatre mois avant la mort, pour ne plus se reproduire. Ces faits sont loin, comme on le voit, de concorder avec les opinions généralement reçues, et prouvent la vérité de ce que j'avançais tout à l'heure, c'est-à-dire que l'obstacle au pylore n'est pas la seule condition propre à produire le vomissement.

Si nous examinons maintenant dix-huit cas dans lesquels l'ulcération a existé, nous verrons qu'on n'en peut pas tirer de conclusions plus rigoureuses sous le point de vue qui nous occupe. On n'a pas oublié, en effet, les deux cas dans lesquels le vomissement n'a jamais existé, malgré la présence d'une ulcération étendue, et, en outre, je ferai remarquer que, chez un sujet, il n'y eut que des vomissements rares, quoique l'ulcération fût profonde. Cependant il n'en est pas moins digne de remarque que chez tous les autres (chez quinze) les vomissements sont devenus de plus en plus fréquents jusqu'à la fin de la maladie, c'est-à-dire qu'ils ont augmenté à mesure que l'ulcération a fait des progrès, jusqu'à ce qu'enfin, dans la plupart des cas, ils soient devenus nombreux au point d'avoir lieu plusieurs fois chaque jour. Si donc il est une lésion qui coïncide plus particulièrement avec le vomissement, c'est l'ulcération, alors même qu'elle a détruit la valvule pylorique, et rendu le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin plus libre en apparence. M. Lebert est arrivé aux mêmes conclusions.

Ce résultat des faits ne concorde pas parfaitement avec l'opinion générale qui voit la cause principale du vomissement dans le rétrécissement du pylore ; il était donc important d'y insister, afin d'attirer l'attention des observateurs sur ce point qu'ils ont trop négligé.

La *matière des vomissements* varie dans un bon nombre de cas, suivant l'époque de la maladie. Ainsi nous avons vu qu'au début c'étaient des *matières alimentaires*, ou beaucoup plus rarement, et pour ainsi dire accidentellement, une petite quantité de *bile*. A une époque plus avancée, les vomissements consistent également en boissons et en aliments ; mais il s'y joint, dans un assez bon nombre de cas, des vomissements *glaireux*, des *régurgitations aigres* dans les intervalles. En outre, à cette époque avancée de la maladie, on voit parfois survenir des *vomissements noirâtres*, que l'on a comparés à de la suie délayée ou à du marc de café, et que l'on regarde comme caractéristiques de l'affection cancéreuse. Dans les observations que j'ai rassemblées, ces vomissements noirâtres ou couleur de bistre ne se sont montrés que sept fois sur vingt-six cas. M. Lebert les a constatés vingt-quatre fois sur quarante-deux cas. On voit donc que si la présence de ce symptôme est importante pour le diagnostic, elle ne peut aider l'observateur que dans un certain nombre de cas. Chez un sujet, les vomissements présentaient une *couleur feuille-morte* remarquable. La matière de ces vomissements noirs est toujours mêlée à une certaine quantité d'aliments, de boissons ou de mucosités. Lorsqu'on la laisse reposer, il se dépose au fond du vase une poussière noirâtre, et c'est ce qui a fait comparer le liquide au marc de café.

On a discuté sur la nature de cette matière noire, mais aujourd'hui on s'accorde à admettre qu'elle est constituée par la présence du sang altéré dans la matière des vomissements. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion du diagnostic. En attendant, constatons ici que les vomissements noirs n'ont nullement coïncidé avec l'ulcération des parois de l'estomac.

Les *vomissements de sang pur* ont encore été signalés comme faisant partie des symptômes du cancer de l'estomac ; mais, dans les observations que j'ai recueillies, il n'y a eu que deux fois des vomissements de cette nature. Dans l'un de ces cas, le malade rendait depuis longtemps une matière aigre, brune, de couleur chocolat, et l'estomac était profondément ulcéré. On ne trouva pas néanmoins d'artérioles ouvertes dans l'ulcération.

Les *vomissements bilieux* ne sont pas moins rares, puisqu'ils ne se sont montrés que trois fois, qu'ils n'ont eu lieu que de loin en loin, et dans des cas où les vomissements d'aliments, de boissons et de matières brunes étaient beaucoup plus remarquables. Ce fait mérite d'être noté, parce qu'il est important pour le diagnostic du cancer et de la gastrite chronique.

C'est ordinairement *un certain temps après le repas* qu'ont lieu les divers vomissements dont il vient d'être question. Quelquefois c'est d'un quart d'heure à une heure après ; d'autres fois les malades ne rejettent les aliments que vingt-quatre, trente-six heures et même plus longtemps après les avoir pris. Toutefois il peut y avoir de grandes variations chez le même individu. On a observé aussi parfois des vomissements qui avaient lieu *immédiatement après l'ingestion* d'une petite quantité d'aliments, et l'on a attribué ce vomissement si rapide à l'altération plus ou moins profonde du cardia dans certains cas. Nous avons vu, à l'article *Rétrécissement de l'œsophage*, qu'en effet, lorsque le cancer occupe la partie inférieure de ce conduit, le vomissement existe avec les caractères qui viennent d'être indiqués ; mais il peut en être de même dans des cas différents. C'est ainsi qu'un sujet qui vomissait à mesure qu'il mangeait sa soupe, ne présentait pas de rétrécissement du cardia ni de l'œsophage, mais seulement un rétrécissement médiocre du pylore sans aucune ulcération. Au reste, ce symptôme ne se produisit que pendant un espace de temps très court.

Dans les premiers temps, les vomissements exigent toujours de *certains efforts* de la part du malade, et assez souvent ces efforts sont très pénibles ; mais il arrive quelquefois que les matières contenues dans l'estomac sont rendues sans aucun effort et comme par regorgement. C'est ce qui avait lieu dans deux des cas dont j'ai rassemblé les observations, et où l'ulcération de la petite courbure existait sans rétrécissement du cardia ni du pylore. Ce n'est, au reste, que dans les derniers jours de la maladie qu'apparaissent des vomissements semblables.

Tous les auteurs ont remarqué cette *préférence de l'estomac pour certains aliments*, qui se montre dans quelques cas. Je l'ai déjà indiquée à l'occasion du trouble des digestions ; il me suffira d'ajouter ici que parfois les aliments les plus légers et de la plus facile digestion sont vomis, tandis que des substances qui passent généralement pour être très indigestes sont parfaitement gardées.

Quant aux *circonstances dans lesquelles se produisent les vomissements*, il en est quelques unes qui méritent d'être mentionnées : chez un sujet, ils étaient provoqués par la moindre émotion morale ; un autre ne pouvait conserver les aliments

dans l'estomac qu'en gardant l'immobilité la plus absolue après avoir mangé ; s'il voulait faire un mouvement, il vomissait tout ce qu'il venait de prendre ; s'il pouvait rester immobile, le vomissement n'avait lieu que le lendemain ; un autre ne pouvait pas se coucher sur le côté droit sans vomir immédiatement. Ce fait, au reste, n'est pas propre au cancer. Tous les jours on voit, dans d'autres affections remarquables par des vomissements fréquents, l'immobilité avoir les mêmes résultats, tandis que le moindre mouvement provoque le rejet des matières contenues dans l'estomac.

Nous avons vu, à l'article *Dilatation de l'estomac*, que dans cette affection les aliments et les boissons pouvaient s'accumuler pendant un et plusieurs jours, puis être rendus dans un état d'altération plus ou moins marquée. Il est presque inutile d'ajouter ici que les choses se passent de la même manière dans les cas de cancer de l'estomac, puisque, ainsi que je l'ai fait remarquer, l'ampliation morbide se montre principalement dans le cancer de cet organe.

Presque toujours des *nausées* plus ou moins fatigantes précèdent les vomissements ; mais il est plus rare d'observer ce symptôme dans les intervalles. Cinq sujets seulement se plaignaient de nausées plus ou moins fatigantes, et l'un d'eux avait remarqué qu'elles étaient provoquées par la plus petite quantité de tisane, ce qui l'empêchait de satisfaire sa soif, qui cependant était très vive.

2° *Tumeur à l'épigastre.* Dans un certain nombre de cas on peut constater, à l'aide de la *palpation*, l'existence d'une tumeur, qui est un des caractères les plus importants de la maladie : il est donc indispensable d'insister sur ce signe.

C'est seulement dans dix-sept des cas que j'ai rassemblés qu'on a cherché avec soin son existence, et douze fois la présence d'une tumeur bien déterminée a été constatée. Son *siége* est variable, mais on la rencontre bien plus souvent à une petite distance de l'ombilic, ou à son niveau, que partout ailleurs. Dans presque tous les cas dont je viens de parler, la tumeur circonscrite existait à droite du nombril et un peu au-dessus. Dans un petit nombre, elle se montrait à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, dans la direction de la ligne blanche, et un peu à droite. Deux fois seulement elle était située au côté gauche. Au reste, de quelque côté qu'elle soit située, elle remonte ordinairement vers les fausses côtes, mais il est rare qu'elle s'insinue au-dessous d'elles ; c'est là un fait important à constater, car il peut servir au diagnostic ; il ne permet pas, en effet, de croire que la tumeur soit formée aux dépens des organes renfermés dans les hypochondres. J'ai vu néanmoins un cas dans lequel une semblable méprise avait été commise. La tumeur, il est vrai, existait à une assez grande distance de la ligne médiane, et à gauche, ce qui est loin d'être le plus ordinaire ; mais ce n'était pas une raison de la regarder comme une tumeur de la rate, ainsi qu'on l'avait fait, car son bord externe s'arrêtait à un travers de doigt et demi des fausses côtes gauches, ce qui n'aurait pas eu lieu si elle eût été formée par la rate.

Le *volume de la tumeur* est assez variable : tantôt il ne dépasse pas celui d'un œuf de pigeon, tantôt il égale le volume du poing, comme cela avait lieu dans un des cas que j'ai rassemblés. Lorsqu'elle est un peu volumineuse, elle paraît *superficielle*, et quelquefois même, lorsqu'elle est immobile, elle semble s'être développée dans les parois abdominales. Sa *surface* est ordinairement inégale, légèrement bosselée ; quelquefois elle donne sous la palpation une sensation de mollesse,

mais plus souvent elle est ferme et *dure*. Dans deux cas, elle était remarquable en ce qu'elle paraissait divisée en deux par une *dépression* assez prononcée, et cependant, à l'autopsie, on ne trouva pas de division marquée dans l'induration des parois de l'estomac. Toutefois il faut noter que l'observation ne nous apprend pas si la dépression a existé jusqu'à la fin.

Il est un autre caractère qui est bien digne de remarque, quoiqu'il ne s'observe que dans un petit nombre de cas. La tumeur *change parfois de place d'un jour à l'autre ;* un jour on la trouve à droite de la ligne médiane, le lendemain à gauche, et souvent ces variations se répètent pendant longtemps. Cela n'a lieu que dans les cas où il y a une ampliation considérable de l'estomac, et c'est sous l'influence de la réplétion de l'organe et des vomissements que la tumeur se porte ainsi d'un côté à l'autre. Lorsque l'estomac est rempli de liquide, son fond, gagnant la partie inférieure de l'abdomen, attire du côté gauche et en bas la portion pylorique où se trouve la tumeur; puis, lorsque le vomissement a vidé l'estomac et que ses parties ont repris leur place, la tumeur revient à droite, et ainsi de suite. Ces faits ont été parfaitement constatés dans deux observations recueillies par M. Louis.

Chez un sujet il n'existait pas de variation semblable, mais la tumeur semblait *flotter dans un liquide*. Il fut difficile d'expliquer ce phénomène après la mort, car il n'y avait pas d'épanchement abdominal, et l'estomac n'était pas volumineux.

Outre l'ampliation de l'estomac, cette mobilité de la tumeur annonce que l'organe est libre d'adhérences, et que l'épiploon gastro-hépatique n'est pas envahi par le cancer ; car ces circonstances sont nécessaires pour que le transport de la tumeur d'un côté à l'autre puisse avoir lieu.

Nous avons vu plus haut que c'était au niveau de cette tumeur ou à ses côtés que la douleur spontanée avait lieu. Cependant la tumeur elle-même n'est pas extrêmement douloureuse à la pression, si ce n'est dans un petit nombre de cas ; parfois même elle est entièrement indolente. Quelquefois le ventre devient tellement dur, que la tumeur, jusqu'alors facile à constater, n'est plus appréciable par le toucher ; c'est ce qui avait lieu dans un des cas dont j'ai fait l'analyse.

Les observations sont insuffisantes pour qu'on puisse dire d'une manière précise à quelle époque de la maladie se montre la tumeur sus-ombilicale. Dans un petit nombre de cas seulement, il a été bien constaté qu'elle n'est apparue que dans les derniers mois.

Quelquefois, au lieu d'une tumeur, on n'observe qu'une *rénitence* uniforme plus ou moins étendue, qui a à peu près le même siége que celui de la tumeur. Alors on ne trouve ni bosselures ni duretés notables, et l'on n'observe pas cette mobilité que nous venons de signaler. Dans les cas de ce genre, l'épaississement de l'estomac est pour ainsi dire étendu en nappe, et ne forme pas de tuméfaction circonscrite. Chez un certain nombre de sujets, l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir aucune espèce de tumeur.

3° *Forme du ventre*. La *forme du ventre* ne mérite pas moins d'attirer notre attention. Chez un petit nombre de sujets, il présente seulement une augmentation générale de volume sans aucune saillie particulière ; c'est ce qui a été observé dans quatre des cas que j'ai rassemblés. Chez d'autres, en plus petit nombre encore, la saillie formée par la tumeur se fait seule remarquer ; et partout ailleurs le ventre

est rétracté ou a sa conformation naturelle. Chez un seul, la conformation de l'abdomen est restée normale jusqu'à la fin de la maladie.

Mais, chez un certain nombre d'autres (six fois sur seize), on observe une forme particulière du ventre qui doit fixer notre attention. En effet, l'*estomac*, plus ou moins volumineux, *se dessine* visiblement sur la paroi abdominale. Il y a alors une dilatation de cet organe telle qu'elle a été décrite dans l'article précédent ; dans tous les cas où elle a été constatée, il existait un rétrécissement marqué du pylore, sauf dans un seul, où il n'y avait autre chose qu'une ulcération profonde. Je me contente d'indiquer ici ces faits, renvoyant à ce que j'ai dit plus haut dans l'article *Dilatation de l'estomac*, pour l'explication qu'on en peut donner et pour les symptômes propres à cet état. Un *météorisme* médiocrement prononcé se manifeste quelquefois vers la fin de l'existence, et fait disparaître en plus ou moins grande partie les saillies dont il vient d'être question.

4° *Résultat de la percussion.* La *percussion* pratiquée à la région épigastrique fait entendre soit un son mat, soit simplement un son obscur au niveau de la tumeur cancéreuse ; tandis qu'au-dessous et sur les côtés elle donne lieu au son clair produit par les gaz contenus dans l'estomac et dans les intestins. Suivant M. Piorry, on pourrait, à l'aide de la percussion, reconnaître le son mat fourni par une tumeur développée à la paroi postérieure de l'estomac, la paroi antérieure restant saine ; il suffirait de déprimer la paroi de l'abdomen de manière à arriver aussi près que possible de la tumeur. On ne sait sur quels faits cet auteur s'est appuyé pour avancer une semblable proposition, car il n'est pas un seul cas de cancer bien étudié où l'épaississement de l'estomac ait été borné à la paroi postérieure ; toujours la petite courbure et même une partie de la paroi antérieure ont été envahies.

La percussion fait également reconnaître la distension de l'estomac dont il vient d'être question ; mais j'ai longuement traité ce sujet plus haut, et je n'ai rien à y ajouter ici (1). J'en dirai autant des *bruits de glouglou*, de gargouillement déterminés par le *ballottement* imprimé à l'abdomen, et de la *fluctuation obscure* que l'on peut déterminer quelquefois.

5° *Symptômes fournis par le reste du tube digestif.* Tels sont les symptômes qu'on peut désigner d'une manière générale sous le nom de symptômes locaux. Si maintenant nous examinons ceux qui se manifestent dans les autres points du tube digestif, voici ce que nous trouvons : la *langue* est ordinairement pâle et humide, parfois elle devient sèche, rouge, noire et croûteuse ; mais ce n'est qu'à la fin de la maladie, dans les derniers jours, et lorsqu'il se développe une inflammation ayant presque toujours son siége dans les voies respiratoires, inflammation qui vient mettre un terme à l'existence. Dans les cas où ces complications ne surviennent pas, il n'est pas rare de voir la langue rester naturelle jusqu'à la fin, ou ne présenter qu'un léger enduit blanchâtre ou grisâtre, ou quelques viscosités. Dans la dernière période du cancer de l'estomac, comme dans les autres maladies chroniques, le *muguet* et la *stomatite pseudo-membraneuse* se montrent quelquefois : c'est ce que j'ai indiqué dans les articles consacrés à ces deux affections ; il me suffit d'ajouter ici qu'elles se sont produites chez deux sujets. Dans un petit nombre de cas, la

(1) Voy. l'article *Dilatat. de l'estomac*.

bouche est pâteuse et amère, mais seulement pendant un certain temps, en sorte qu'il n'y a rien là de propre à la maladie qui nous occupe.

La *soif* est ordinairement nulle, si ce n'est chez quelques sujets à la fin de la maladie, surtout lorsque la fièvre s'allume et qu'il survient une complication d'une affection inflammatoire. Dans les cas que j'ai rassemblés, on n'a pas constaté l'appétence pour les boissons froides et acidules qui a été signalée par quelques auteurs. Un des sujets ne voulait même prendre que des boissons tièdes et douces.

La *déglutition* est ordinairement facile ; dans deux cas cependant elle a été douloureuse, et dans ces deux cas le cancer se portait jusqu'au cardia, mais sans envahir d'une manière notable l'œsophage. On trouve dans les auteurs des exemples de cancer de l'estomac se propageant à une plus ou moins grande étendue de ce conduit ; il existe alors une difficulté de la déglutition, avec les autres symptômes que j'ai dû noter à l'article *Rétrécissement de l'œsophage*. J'ai fait, il y a peu de jours, l'autopsie d'un homme qui a succombé à un cancer de la petite courbure avec deux ulcérations, voisines l'une du pylore et l'autre du cardia. Dans ce cas, une couche pseudo-membraneuse couvrait la moitié inférieure de l'œsophage, et néanmoins la déglutition est restée libre et facile. Sous ce rapport, ce fait est très remarquable.

Pendant presque tout le cours de la maladie, les *selles* sont habituellement rares, et il y a une constipation plus ou moins opiniâtre ; mais il est fréquent de voir la diarrhée survenir vers les derniers mois ou au moins dans les derniers jours. Chez treize sujets, en effet, il en a été ainsi, et cinq, peu de temps avant de succomber, ont eu des selles extrêmement nombreuses et même involontaires ; un seul a eu des selles sanglantes ; il avait en même temps un vomissement de sang.

6° *Aspect extérieur*. On a beaucoup insisté sur la coloration générale, sur l'état de la face, sur l'amaigrissement qu'on observe chez les sujets affectés de cancer de l'estomac. Je vais passer en revue ces divers signes.

La *face* n'offre pas ordinairement d'altérations très remarquables dans les premiers temps de la maladie. Elle est encore naturelle, ou ne présente qu'un peu de langueur et de pâleur dont on ne s'aperçoit pas si l'on voit le malade tous les jours. Quelques sujets conservent cet état naturel ou presque naturel de la face jusqu'aux derniers jours, ou du moins jusqu'au dernier mois. Il en fut ainsi dans cinq cas sur seize, où l'état de la face fut bien constaté. Chez les autres sujets, il survint, vers le milieu de la maladie, ou dans les trois ou quatre derniers mois, une altération remarquable. La face était d'un jaune pâle, quelquefois décolorée, parfois basanée, olivâtre, couleur de pain d'épice, ou seulement d'une grande pâleur. Quelle que soit la couleur de la face, les sclérotiques n'y participent pas ; elles sont blanches, ou d'un blanc bleuâtre lorsque les tissus sont très émaciés. On voit par là que la coloration jaune ou jaune terreux qu'on a donnée comme un caractère des affections cancéreuses est loin de se montrer constamment, et qu'au début de la maladie on la chercherait en vain. On a cependant cité quelques cas où, dès les premiers temps, la face a présenté une altération notable : ce sont ceux où la maladie marche très rapidement ; mais ces cas sont très rares.

Dans les derniers mois ou dans les derniers jours de la maladie, ces altérations font des progrès effrayants, et elles sont d'autant plus remarquables, que jusque-là la face s'était montrée plus naturelle. On voit alors les traits s'effiler d'un jour à

l'autre, les joues se creuser et le teint passer au basané et même au noir, ce qui a été constaté chez un sujet dont j'ai l'observation sous les yeux.

La *maigreur* de la face fait sans cesse des progrès, et lorsque la maladie est arrivée à un degré avancé, elle est souvent telle, que la peau paraît collée sur les os, et qu'au moindre mouvement des muscles elle présente de nombreuses rides. C'est surtout lorsque les vomissements deviennent journaliers et très nombreux que cet aspect de la face est observé. Cependant il ne faut pas croire que le vomissement des aliments et le défaut de digestion qui en est la suite soient nécessaires pour produire une maigreur considérable. On a noté ce signe chez des sujets qui ne vomissaient que rarement. La perte plus ou moins complète de l'appétit, une nourriture insuffisante, et aussi l'influence de la dégénération cancéreuse sur l'organisme en général, suffisent pour produire parfois un amaigrissement rapide.

Rarement la face a une expression de *souffrance*, hors les moments où se font sentir les douleurs spontanées ; elle est plutôt languissante, fatiguée, abattue. Quelquefois elle exprime seulement la tristesse ; mais elle peut aussi conserver toute sa gaieté, comme cela a eu lieu dans un cas observé par M. Louis.

La *coloration générale* est en rapport avec celle de la face ; cependant elle est moins prononcée. Ainsi, on n'a pas vu sur le corps la couleur basanée ou noire qui occupait la face ; mais quelquefois on trouve sur le tronc et les membres une légère teinte olivâtre, comme celle qui a été indiquée plus haut.

L'*amaigrissement du corps* suit également les progrès de l'amaigrissement de la face. Comme ce dernier, il est surtout très notable dans les derniers temps, lorsque les vomissements deviennent très abondants. On a vu alors des sujets passer en quelques jours d'un embonpoint médiocre à un marasme prononcé. Ce marasme se fait remarquer chez tous les sujets qui succombent au cancer de l'estomac, à moins qu'une affection intercurrente ne vienne les emporter. Souvent la maigreur est entièrement squelettique dans les derniers jours, et même dans les dernières semaines. Chez les sujets qui ont une ampliation considérable de l'estomac, le gonflement du ventre qui en résulte fait encore ressortir la maigreur extrême des membres et de la face. Cet amaigrissement, comparé par M. Louis (1) à celui des autres affections chroniques, se montre en général plus considérable. Et ce qui confirme cette proposition, c'est qu'à l'autopsie on trouve les vaisseaux plus rétrécis et le cœur plus petit que dans aucune autre maladie.

7° *Symptômes généraux.* Pendant longtemps on n'observe pas de symptômes généraux dignes d'être notés. Le pouls reste normal ou est remarquable par sa lenteur. Les malades, loin de présenter une chaleur fébrile, offrent souvent, au contraire, un abaissement de température, surtout aux extrémités. Ce n'est guère que dans les derniers jours, ou tout au plus le dernier mois, que les choses changent. Le pouls devient faible, petit, quelquefois insensible. Son accélération est parfois remarquable, mais alors un examen attentif fait reconnaître une affection nouvelle qui vient compliquer la maladie principale. C'est du moins ce qui a eu lieu dans les cas dont j'ai rassemblé les observations, et c'est dans les voies respiratoires qu'on a trouvé cette nouvelle maladie. Dans les autres cas, le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de cent pulsations, même dans les derniers moments. Il n'a

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843.

jamais été ni irrégulier ni intermittent, si ce n'est chez un sujet qui présentait à la fois un emphysème pulmonaire et une pleuro-pneumonie.

L'*état de la respiration* a encore moins d'importance. Il est, en effet, resté normal, si ce n'est pendant l'agonie, ou à une époque très voisine, chez tous les sujets qui n'ont pas présenté de complication du côté des voies respiratoires. On n'a jamais observé la *toux gastrique* indiquée par quelques auteurs ; car toutes les fois que la toux a existé, l'état des poumons en rendait parfaitement compte.

Il n'est pas rare de voir survenir un certain degré d'*œdème*. C'est dans les trois ou quatre mois qui précèdent la mort qu'on le voit apparaître, rarement plus tôt, quelquefois plus tard. Il commence par les pieds, envahit ensuite le reste des membres inférieurs, puis les mains, et enfin le tronc. Quelquefois il se montre pendant un temps assez long aux jambes avant de gagner les autres parties. Il est rare qu'il y ait un épanchement, même médiocre, dans la cavité abdominale. Sept des sujets dont j'ai analysé les observations ont présenté cet œdème, qu'on ne peut expliquer que par une altération du sang encore imparfaitement connue. Cependant on a cité quelques faits où l'œdème des parties inférieures se rattache à une compression des veines abdominales par des tumeurs cancéreuses. On a vu même de la matière cancéreuse pénétrer dans ces veines ; l'affection s'était alors étendue à une plus ou moins grande distance de son siége primitif. Enfin, parfois on a trouvé une inflammation adhésive des veines voisines du cancer. Les *urines* n'ont pas été suffisamment examinées ; on n'en peut rien dire de positif.

La *céphalalgie* n'a jamais été observée que dans les derniers jours de la maladie, à moins de complication. L'*intelligence* reste également intacte jusqu'aux derniers moments, et l'on ne peut attribuer les troubles qu'elle présente qu'à l'agonie ou au développement d'affections intercurrentes ; il en est de même des troubles de la vue. Nous ne trouvons donc dans cette maladie aucun de ces symptômes sympathiques qu'on a dit appartenir à toutes les maladies de l'estomac.

C'est également à la fin de la maladie que surviennent l'*anxiété* et l'*insomnie*, qui ne se montrent que chez quelques sujets, et qui ne sont jamais portées à un très haut degré. L'*état des forces* est en raison directe de l'amaigrissement, et, comme lui, tantôt la faiblesse fait des progrès lents, mais continuels, ce qui est le cas le plus ordinaire ; tantôt, après plusieurs variations, les forces, qui d'une manière générale s'étaient assez bien maintenues, tombent presque tout à coup, et font place à l'affaissement le plus profond.

Tableau de la maladie. Tels sont les symptômes du cancer de l'estomac. De la description précédente on peut tirer le tableau suivant, qui fera mieux connaître la physionomie de cette affection : des troubles marqués de la digestion ouvrent d'abord la scène. Après les repas, les malades éprouvent une pesanteur incommode à l'épigastre ; quelques uns une douleur médiocre. Il y a parfois des éructations acides, ou ayant une odeur d'œuf pourri, ou sans goût et sans odeur ; plus rarement quelques vomissements à de longs intervalles. L'appétit diminue, sans dégoût pour les aliments ; il existe une constipation plus ou moins opiniâtre. Cependant les forces ne sont que médiocrement abattues, l'aspect extérieur n'a rien encore de bien remarquable, et l'état de la circulation est normal, ou bien on observe un faible ralentissement du pouls.

Plus tard, les vomissements apparaissent ou deviennent plus fréquents s'ils exis-

taient déjà. Ils ont lieu quelque temps après le repas, assez souvent douze, vingt-quatre, trente-six heures après, ou même plus. La matière des vomissements est formée des boissons, des aliments, de glaires, rarement de bile. L'épigastre devient douloureux ; on y sent fréquemment une tumeur caractéristique ; parfois l'estomac se dilate, et le ventre prend une forme particulière, due à la saillie de cet organe qui se dessine à travers les parois ; l'amaigrissement fait des progrès ; la face prend peu à peu une teinte jaunâtre, qui s'étend au reste du corps. Les forces tombent : la langueur, le dépérissement augmentent ; le pouls est plus fréquemment encore ralenti. Les extrémités sont froides, et l'œdème survient.

Dans les derniers temps enfin, tous ces symptômes augmentent encore d'intensité ; c'est alors surtout qu'on observe les vomissements continuels, ayant lieu sans effort et comme par régurgitation. Les matières vomies sont souvent noirâtres, couleur bistre, etc. Le marasme est rapidement porté au plus haut degré. Le pouls devient petit, faible, quelquefois accéléré pendant l'agonie, mais non avant, à moins de complications. Ces complications se montrent surtout du côté des voies respiratoires, qui ne présentent de symptômes qu'en pareil cas, si ce n'est pendant l'agonie. L'intelligence se perd souvent dans les derniers moments, et les malades succombent épuisés par tant de souffrances. Dans certains cas, une *perforation de l'estomac* vient accélérer la mort.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans le tableau précédent, j'ai tracé à peu près la *marche* du cancer de l'estomac ; il me reste à dire ici que cette marche est assez variable suivant les cas. Chez certains sujets elle est remarquable par sa rapidité, et l'on voit, dès le premier ou dès les deux premiers mois, se montrer tous les principaux symptômes : anorexie, trouble des digestions, vomissements qui deviennent bientôt fréquents. Chez d'autres, au contraire, ce n'est qu'après de longs troubles digestifs sans caractère bien prononcé, que les symptômes caractéristiques surviennent, et ordinairement alors la maladie prend une marche plus aiguë. Si l'on veut avoir la preuve de ce que j'avance, on la trouve dans les considérations suivantes : tantôt les vomissements ont apparu dès le début, et tantôt ils ne se sont montrés qu'au bout de vingt-deux mois et même de trois ans de maladie ; quelques malades ont été obligés de suspendre leur travail, et même de s'aliter au bout de deux ou trois mois, et d'autres seulement au bout d'un espace de temps qui a varié entre huit, dix et vingt mois. On arriverait à des résultats semblables, si l'on étudiait les autres symptômes sous ce point de vue. Chez un petit nombre de sujets, la marche de la maladie est remarquable par ses variations ; on voit les principaux symptômes, et surtout les vomissements, se suspendre pendant un temps plus ou moins long, pour revenir plus tard, et se supprimer encore. Un malade eut à faire la traversée d'Alger à Toulon ; pendant sa durée, les vomissements, qui avaient lieu tous les jours, se suspendirent, et se reproduisirent dès qu'il fut descendu à terre. C'est là un fait bien remarquable. Au reste, il n'est pas difficile, même dans les cas où la maladie paraît avoir cette marche variable, de s'assurer qu'elle fait sans cesse des progrès. Il est bien rare, en effet, que l'embonpoint revienne, même à un très faible degré, et l'on voit les malades dépérir sans cesse, jusqu'à ce que de violents symptômes viennent de nouveau hâter les progrès du mal.

Ce que je viens de dire fait pressentir combien la *durée* de la maladie doit être variable. Le minimum de cette durée (1) a été de quatre mois sur 23 cas dans lesquels on l'a recherchée avec soin, et le maximum de quarante-deux mois ou trois ans et demi. Il est quelquefois très difficile de fixer cette durée d'une manière précise, parce que les souvenirs des malades sont infidèles; mais dans les cas que je viens de citer toutes les précautions ont été prises pour arriver à un résultat certain, et du moins ne devons-nous pas douter de la grande variabilité des divers cas de cancer de l'estomac, sous le rapport de la durée. Parmi les sujets dont je viens de parler, 7 ont été malades pendant plus d'un an, 3 ont succombé un an après le début, et tous les autres (15) au bout d'un temps plus court. Ces faits, auxquels il est à désirer qu'on en ajoute d'autres aussi précis, montrent que, quoique le cancer de l'estomac soit une maladie essentiellement chronique, on ne doit pas néanmoins beaucoup espérer de voir la vie se prolonger au delà d'une année, une fois que les symptômes sont bien prononcés. Quant à la moyenne générale de la durée, elle a été, dans ces cas, de quinze mois et une fraction.

Dans tous les cas dont je viens de donner l'analyse, la maladie s'est *terminée* par la mort. Faut-il donc regarder le cancer de l'estomac comme une maladie essentiellement mortelle? Plusieurs auteurs pensent le contraire; il en est même qui ont cité quelques faits comme venant à l'appui de leur opinion. Tout récemment encore Barras s'est efforcé de démontrer la curabilité de cette maladie; mais, il faut le dire, les faits cités par cet auteur et par ceux qui l'ont précédé sont bien loin d'être concluants. C'est en pareil cas surtout qu'on devrait rapporter les observations avec le plus grand détail, et celles qu'il a invoquées en faveur de sa manière de voir manquent de tous les caractères propres à entraîner la conviction. Dans un cas, il est dit seulement que Dupuytren reconnut par le toucher un état d'engorgement du pylore; mais on sait combien il est difficile de reconnaître l'état du pylore lorsqu'il n'y a pas de tumeur circonscrite, et rien ne prouve que dans ce cas, qui du reste n'était caractérisé que par des douleurs lancinantes et des vomissements immédiatement après avoir mangé, le pylore présentât réellement une tumeur cancéreuse. Dans un second on trouva une tumeur vers le grand cul-de-sac, ce qui n'est pas le cas ordinaire; mais en admettant même que cette tumeur appartînt à l'estomac, ce fait ne prouverait rien en faveur de la curabilité, puisqu'il y a eu non pas guérison, mais un simple soulagement qui a bien pu n'être que passager. Quant aux considérations tirées de la guérison d'autres cancers, elles n'ont qu'une valeur secondaire, et demanderaient une discussion à laquelle je ne peux pas me livrer ici. En somme, il n'est nullement démontré que le cancer de l'estomac se soit jamais terminé par la guérison.

Assez souvent une phlegmasie des voies respiratoires vient, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, hâter la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec empressement dans ces dernières années. Déjà même, depuis la fin du dernier siècle, on avait cherché à en faire la description; mais les faits étaient trop incomplets pour permettre d'en donner une

(1) Je trouve un cas où la durée est de deux mois seulement; mais le début ne me paraît pas suffisamment établi.

idée exacte. On se bornait à parler de tumeurs, d'ulcérations, de champignons, de fongosités, etc. Dans ces derniers temps on a étudié séparément les altérations des tissus qui entrent dans la composition de l'estomac, et l'on a jeté un nouveau jour sur ces altérations. Cependant on n'a pas donné une idée aussi parfaite qu'on aurait pu l'espérer de l'état de cet organe, parce qu'on a plutôt étudié des cas isolés que l'ensemble des faits qu'on a pu observer. Pour ces motifs, je crois devoir entrer dans quelques détails à ce sujet.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve l'estomac dans un état très différent sous le rapport du volume. Il est ordinairement rétréci à un assez haut degré, et ce rétrécissement porte plus particulièrement sur la région pylorique, qui quelquefois est seule contractée, de telle sorte que l'estomac paraît étranglé entre le cardia et le pylore. Dans d'autres cas, au contraire, il est très considérablement augmenté. Ce sont ces cas que j'ai eu tant de fois occasion de citer et que j'ai décrits sous le nom de *dilatation de l'estomac ;* il est inutile d'y revenir ici. Dans un petit nombre (cela n'a été constaté, en effet, que trois fois sur trente-deux sujets), l'estomac se présente avec ses dimensions et sa forme normales.

Si l'on cherche à imprimer des mouvements à cet organe, on s'aperçoit assez fréquemment qu'il a contracté des adhérences avec plusieurs organes voisins. Il en était ainsi dans neuf des cas que j'ai analysés. C'est presque toujours au foie ou au pancréas, quelquefois aux deux à la fois, que se montrent ces adhérences. Lorsqu'elles unissent l'estomac au foie, c'est au moyen lobe que correspond la partie affectée. Quand les adhérences s'établissent entre l'estomac et le pancréas, elles ont ordinairement lieu entre la paroi postérieure et la glande, immédiatement au-dessous de la petite courbure. Dans un seul cas, l'estomac adhérait au côlon transverse dans un point voisin de la courbure droite de cet intestin. La capsule surrénale droite peut également contracter des adhérences avec l'estomac cancéré.

En outre, le ligament qui unit l'estomac au foie, ou plutôt l'épiploon gastro-hépatique, devient quelquefois cancéreux lui-même, et la mobilité de l'organe est encore plus complétement détruite. Cette dernière circonstance est importante à noter, parce qu'il résulte des faits que la dilatation de l'estomac n'a jamais coïncidé avec cette altération de l'épiploon gastro-hépatique. L'organe, en pareil cas, était plutôt rétréci, et l'on conçoit facilement qu'il en soit ainsi. Nous avons vu, en effet, que pour que la dilatation fût portée à un degré considérable, il fallait que la petite courbure pût descendre assez bas pour se placer au niveau et même au-dessous de l'ombilic. Or, lorsque la matière cancéreuse a envahi l'épiploon gastro-hépatique, celui-ci devient dur, inextensible et s'oppose à l'abaissement de l'estomac. Dans un cas de dilatation médiocre, il existait, il est vrai, quelques tumeurs dans l'épaisseur de cet épiploon ; mais ces tumeurs étaient petites, éloignées les unes des autres, et laissaient l'épiploon libre dans son extension.

A l'extérieur, l'estomac présente une dureté qui a son siége principal à la petite courbure, et qui quelquefois se porte jusque vers le grand cul-de-sac, en diminuant toutefois à mesure qu'on s'approche de ce dernier point. Fréquemment on voit la membrane musculaire se dessiner en larges faisceaux au-dessous de la membrane péritonéale; mais nous n'insisterons pas sur ce point, parce que nous allons retrouver cette membrane dans la description des parties internes de l'estomac.

C'est surtout à l'intérieur que les lésions de cet organe se montrent avec un as-

pect remarquable. Le siége de ces lésions, dans les 33 cas dont j'ai fait l'analyse, a été constamment le pylore et la petite courbure, ou du moins, si elles ont envahi d'autres points, c'est vers ceux que je viens d'indiquer qu'elles se sont montrées plus avancées et plus profondes. Dans 19 cas analysés par M. Louis, le siége du cancer a été : le pylore neuf fois ; la petite courbure six fois ; la grande courbure près du pylore, une partie de la face antérieure, le tiers moyen et la moitié droite en ont été le siége chacun une seule fois. Quant à moi, j'ai dans l'appréciation précédente réuni le pylore avec la petite courbure, parce qu'il était extrêmement rare que cet orifice fût affecté sans que la lésion s'étendît plus ou moins loin en suivant cette courbure.

Ordinairement lorsque le cancer affecte ce dernier point, il a de la tendance à envahir la partie de la paroi postérieure qui l'avoisine ; plus rarement il s'avance sur la paroi antérieure, et quelquefois enfin il contourne entièrement l'estomac. Sans prétendre que ce siége soit toujours celui du cancer de l'estomac, et tout en reconnaissant qu'il y a un petit nombre de cas où la lésion occupe un autre point de l'organe, je dois faire remarquer cette prédilection extrême pour la petite courbure et le pylore ; car c'est là un des plus forts arguments qu'on puisse faire valoir contre ceux qui prétendent que le cancer est une conséquence de l'inflammation. Ce n'est pas, en effet, à la petite courbure, mais vers la grande et vers la tubérosité que se manifeste ordinairement l'inflammation et quoiqu'on ait dit que l'inflammation a pu se propager à l'aide des vaisseaux lymphatiques, il paraîtra au moins bien surprenant que la lésion cancéreuse respecte toujours, ou presque toujours, le point où elle aurait précisément pris son point de départ.

Si nous examinons maintenant la membrane muqueuse de l'estomac, nous trouvons qu'à une distance voisine du point occupé par le cancer, elle est ordinairement altérée, rouge, violacée, ramollie, mamelonnée, présentant en un mot quelques signes d'une inflammation chronique ; mais que, dans un certain nombre de cas aussi, elle est saine jusqu'aux lieux envahis par le cancer, et que par conséquent, si l'on peut dire qu'un certain degré d'inflammation vient, à une époque plus ou moins avancée de la maladie, se joindre à l'affection cancéreuse, ce n'est pas un motif pour en conclure que le cancer est d'origine inflammatoire.

Arrivée au niveau du cancer, la muqueuse se présente sous deux aspects différents. Tantôt, en effet, elle n'offre aucune solution de continuité, tantôt elle est plus ou moins largement ulcérée. Sur 32 cas où l'état de cette membrane a été exactement décrit, neuf fois seulement elle était exempte d'ulcérations. L'altération qu'elle présente, dans ces derniers cas, est très remarquable. Cette membrane est épaissie quelquefois à un degré très considérable, puisqu'on l'a vue présenter trois et quatre fois son épaisseur ordinaire. Elle est presque toujours formée par une substance dure, d'un blanc bleuâtre ou légèrement grisâtre, demi-transparente, luisante à la coupe, quelquefois criant sous le scalpel, et cassante. Parfois on y trouve quelques taches rougeâtres ou rosées, ou seulement jaunâtres, qui semblent indiquer la formation de quelques vaisseaux capillaires. Dans tous les points où la membrane muqueuse offre cette lésion, elle est très adhérente au tissu sous-muqueux, dont il est fort difficile de la séparer.

Dans le plus grand nombre de cas, ai-je dit, il existe une ulcération. Cette ulcération est très variable en largeur, puisqu'elle peut occuper toute l'étendue de la petite courbure, ou seulement le tiers ou le quart de cette partie. Quelquefois la

muqueuse est détruite dans une étendue très considérable ; c'est ainsi que, chez un sujet, elle manquait dans les cinq sixièmes de l'estomac ; mais, dans ce cas, outre les progrès du cancer, il y a eu un ramollissement inflammatoire ou non, qui, s'étendant au loin, a détruit la muqueuse.

Lorsque cette membrane a été ulcérée uniquement par les progrès du cancer, voici ce que l'on observe : Dès qu'elle arrive au point occupé par la lésion cancéreuse, ou même avant, elle prend l'aspect précédemment décrit ; puis, après un trajet plus ou moins long, elle est profondément érodée ou entièrement détruite, et vient se terminer au bord de l'ulcération, soit en s'amincissant, soit, au contraire, en s'épaississant notablement, et en formant, dans ce dernier cas, des bords relevés et saillants. Chez un sujet, il y avait une simple érosion de la muqueuse, qui n'était pas altérée autour. Il semblait qu'elle avait été détruite par une simple usure. Le tissu sous-jacent était néanmoins évidemment cancéreux. Était-il survenu, dans le cours du cancer, une inflammation qui avait déterminé l'ulcération simple de la muqueuse ? Parfois aussi la membrane muqueuse forme, au bord de l'ulcération, des espèces de festons, comme si elle avait été déchiquetée plutôt que détruite par un travail organique.

Le tissu sous-muqueux présente des altérations non moins remarquables. Lorsqu'il n'existe pas d'ulcérations, ou dans les points qui n'ont pas été envahis par le travail ulcératif, on le trouve plus ou moins épaissi. Son épaississement peut varier en effet de 0^{m},002 à 0^{m},013 ou 0^{m},014. Il est ferme ordinairement. Dans un cas cependant il était mou, mais dans plusieurs autres il était remarquable par sa consistance, portée au point de le rendre cassant, et chez un sujet il avait une dureté presque cartilagineuse. C'est dans les cas de ce genre que le tissu cancéreux crie sous le scalpel, et qu'on a admis l'existence d'un squirrhe.

Ce tissu ainsi modifié est, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans presque tous les cas, adhérent à la muqueuse, de telle sorte que celle-ci s'en détache très difficilement. Une fois cependant il était un peu mobile, mais alors la muqueuse ne participait que faiblement à l'altération. La couleur de ce tissu est variable : ordinairement blanc, il est quelquefois blanc grisâtre, rosé, jaunâtre, d'un blanc de lait, ou enfin bleuâtre. Dans un certain nombre de cas, ces diverses colorations se trouvent réunies en plus ou moins grand nombre, de telle sorte que le tissu est tacheté. Souvent il présente une coupe brillante remarquable, et quelquefois il est parsemé de taches d'une couleur mate, ressortant sur le fond brillant. Dans 2 cas dont j'ai l'observation sous les yeux, le tissu était ferme, brillant, cassant dans la moitié de son épaisseur, tandis que dans le point où il se réunissait avec la musculeuse, il redevenait souple et se rapprochait de l'état naturel. J'aurai à revenir sur ce fait important.

C'est en vain qu'on cherche dans le tissu ainsi altéré des traces de structure : il devient presque toujours plus ou moins parfaitement homogène, et dans les cas où il ne l'est pas, c'est que l'altération qui vient d'être décrite ne l'a envahi que par plaques. Mais ce qu'il y a surtout de digne d'attention, ce sont les cloisons qu'il envoie dans l'épaisseur de la membrane musculeuse qu'elles pénètrent perpendiculairement. Ces cloisons rapprochées, plus ou moins symétriquement arrangées, forment parfois des espèces de compartiments dans lesquels est logé le tissu musculaire, qui, en pareil cas, est toujours notablement altéré. Elles sont blanches, résistantes,

semblables à du tissu cellulaire plus ou moins induré, et elles vont se fixer jusque sur la tunique péritonéale. Lorsqu'on fait une coupe perpendiculaire à la paroi de l'estomac, on voit ces cloisons se détacher d'une manière distincte du tissu sous-muqueux. Parfois on trouve ce tissu infiltré de sérosité plus ou moins louche et même purulente ; c'est ce qui avait lieu chez un des sujets dont j'ai rassemblé les observations.

Dans les points occupés par une ulcération, le tissu sous-muqueux peut n'être érodé que dans une petite profondeur. Il se montre alors au-dessous, blanc ou blanc grisâtre, ou opaque. Quelquefois il est converti, dans une plus ou moins grande étendue, en un détritus grisâtre ou livide formant des filaments encore adhérents, qui nagent dans l'eau versée sur l'ulcération. Enfin, dans un bon nombre de cas, l'ulcération l'a envahi tout entier, et la membrane musculeuse reste à nu.

Celle-ci offre des altérations qui ont été déjà décrites par M. Louis, et sur lesquelles je dois dire un mot, parce que les faits que j'ai pu consulter présentent quelques particularités remarquables. La tunique musculeuse est toujours hypertrophiée dans une plus ou moins grande étendue, à moins que le cancer ne soit très superficiel, comme cela avait lieu chez un sujet dont la membrane muqueuse était seule dégénérée. Son épaisseur varie de 2 à 5 ou 6 millimètres. Elle est surtout considérable dans le point occupé par le cancer, où les fibres viennent presque toujours se confondre dans un tissu homogène et sans structure, présentant, sous le rapport de la consistance, de la couleur, de l'homogénéité et de l'aspect brillant, les mêmes caractères que nous avons trouvés dans le tissu précédent. Dans quelques cas cependant, les fibres musculaires sont encore visibles dans le point occupé par le cancer, mais elles offrent d'une manière évidente la dégénérescence dont je viens de parler.

Si l'on examine la tunique musculeuse en s'éloignant du centre de l'altération, on voit qu'au pourtour sa dégénérescence cesse presque toujours d'une manière brusque, et qu'il ne reste plus dans ses fibres qu'une hypertrophie simple. Dans quelques cas, on l'a vue homogène et opaque au centre du tissu altéré, présentant des fibres distinctes avec une coloration gris bleuâtre à la circonférence, et reprenant ses caractères normaux immédiatement au delà.

Lorsqu'il existe une ulcération, voici ce qui se passe du côté de la membrane musculeuse : parfois elle est détruite dans toute son épaisseur ou dans une partie seulement ; parfois aussi elle est seulement mise à nu. Dans l'un et l'autre cas, en se rapprochant du centre de l'ulcération, les fibres se confondent et deviennent d'un blanc opaque ; mais de plus, dans le premier, la membrane musculeuse est tout à coup coupée d'une manière plus ou moins régulière, et l'on n'en trouve plus de traces dans le tissu altéré qui forme le fond de l'ulcération. Dans un cas, les choses se passaient d'une manière très remarquable, puisque les fibres musculaires étaient parfaitement visibles partout, et que seulement en arrivant aux limites de l'altération cancéreuse, elles changeaient subitement de nature, de telle sorte qu'avant d'y pénétrer, elles avaient tous leurs caractères normaux, et qu'immédiatement après elles devenaient blanches, brillantes, cassantes, présentaient, en un mot, cette transformation de tissu déjà indiquée à propos de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. Dans un autre, la couleur de la membrane musculeuse, au lieu d'être blanche, bleuâtre ou grisâtre, était pelure d'oignon. J'ai vu dernièrement un cas tout semblable.

Au delà de la lésion, la membrane musculeuse, tout en reprenant son état nor-

mal sous le rapport de la souplesse, de la couleur et de la structure, conserve un épaississement considérable dans une plus ou moins grande étendue de l'estomac. Les fibres sont grosses et forment des faisceaux extrêmement distincts, que l'on voit se dessiner sous la muqueuse, mais plus encore, comme nous l'avons déjà dit, sous la membrane péritonéale. Quelquefois cet épaississement occupe toute l'étendue de l'estomac ; mais plus souvent il va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la lésion, et finit par disparaître vers le grand cul-de-sac.

L'hypertrophie de la membrane musculeuse tient sans doute en grande partie à l'arrêt des matières qui a eu lieu pendant plus ou moins longtemps au pylore, et aux efforts répétés de vomissements ; mais cette cause n'est évidemment par la seule ; car dans des cas où son influence devait se faire médiocrement sentir, on a vu la musculeuse notablement épaissie, et, d'un autre côté, c'est dans les points occupés par la lésion et où le travail du cancer a eu lieu, que cette hypertrophie est le plus prononcée.

Ce n'est pas seulement dans les parois de l'estomac que ces lésions de la membrane musculeuse se présentent. Toutes les fois que le cancer est voisin du cardia, et à plus forte raison quand cet orifice est envahi, la membrane musculeuse de l'œsophage participe aux lésions et à l'hypertrophie de celle de l'estomac, et souvent même dans une hauteur considérable.

Si maintenant nous considérons d'une manière générale ce qui résulte des diverses lésions de tissu que nous venons d'examiner, nous voyons que, dans le plus grand nombre des cas, il existe une tumeur formée par l'épaississement des tissus muqueux, sous-muqueux et musculaire ; que cette tumeur, variable quant à l'épaisseur, occupant la petite courbure ou son voisinage, se rapprochant du pylore ou plus rarement du cardia, a occasionné la dureté sentie pendant la vie. Nous voyons aussi que l'ulcération finit par s'emparer de ces tissus, en commençant par la muqueuse, qui peut être détruite seule, et laisser à nu le tissu sous-muqueux plus ou moins altéré. Plus tard, ce tissu sous-muqueux est lui-même érodé, puis entièrement détruit, et enfin la membrane musculeuse finit par participer à cette destruction, de telle sorte que la péritonéale reste seule.

La membrane musculeuse est toujours moins largement détruite que les parties qui la recouvrent, de telle sorte que l'ulcération devient de moins en moins large à mesure qu'on se rapproche du centre. Nous avons vu, à l'article *Perforation de l'estomac*, ce qui advenait lorsque la membrane péritonéale finissait par être détruite elle-même, et comment les choses se passaient, suivant qu'un organe voisin bouchait ou non l'ouverture accidentelle. Il est inutile d'y revenir ici.

Dans certains cas, l'hypertrophie est disposée de telle sorte qu'il n'y a pas de tumeur. L'épaississement est pour ainsi dire étendu en nappe. La muqueuse, le tissu sous-muqueux et la membrane musculeuse forment trois couches épaisses et fermes, qui, partant de la portion pylorique, vont en s'amincissant vers le grand cul-de-sac. L'organe présente alors des parois dures, qui ne s'affaissent pas de manière à se mettre en contact quand même il est vide, et qui conservent jusqu'à un certain point leur courbure lorsqu'on les a divisées.

Après cette description, il est facile de comprendre les diverses variétés du cancer que l'on trouve dans l'estomac. Nous avons vu le tissu prendre un aspect rougeâtre par places, devenir d'un blanc mat, se ramollir ; or, dans les cas où cette dégénération envahit une grande étendue, on dit qu'il y a *cancer encéphaloïde* ou

cérébriforme. Nous avons vu aussi une petite quantité de liquide s'échapper du tissu sous-muqueux. Lorsque ce liquide est abondant, qu'il a une apparence gélatineuse, qu'il est contenu dans des aréoles, on désigne le cancer sous les noms de *cancer gélatiniforme*, *colloïde*. M. Vernois (1) a observé un cas très remarquable de cette dernière espèce. Enfin, si la tuméfaction est irrégulière, molle, semblable à de grosses végétations, on donne à la maladie le nom de *fungus*, *champignons cancéreux*. Sans nier absolument que ces diverses variétés puissent se produire d'emblée, je dirai que, dans tous les cas bien observés dont j'ai fait l'analyse, les choses se sont passées comme je viens de l'exposer; que les faits opposés sont au moins très rares, et que par conséquent ces formes particulières ne paraissent pas avoir une très grande importance. Ce qu'il y a surtout de digne de remarque, c'est la dégénération des divers tissus en une substance homogène, sans structure distincte, et leur envahissement de proche en proche. Voyons donc comment les choses se passent d'après les faits que j'ai analysés.

Lorsqu'il n'existe pas d'ulcération, c'est dans le centre du cancer que le tissu commence à présenter l'aspect blanc mat et quelques points moins durs; au pourtour, on trouve encore presque toujours un tissu blanc bleuâtre, brillant, cassant, parfois demi-transparent. Si le cancer est très peu avancé, s'il n'envahit qu'une seule tunique, la muqueuse, par exemple, comme cela a été observé dans un cas, ces derniers caractères existent seuls. Lorsque l'ulcération a envahi les parties, c'est à son centre qu'on observe la couleur mate, les ramollissements, l'aspect rosé, etc., et à son pourtour encore on peut voir les tissus particuliers dont je viens de parler. Tout paraît donc se réunir pour nous prouver que, primitivement, les tissus affectés de cancer se transforment en cette matière bleuâtre, cassante, brillante et demi-transparente; que ce n'est qu'à une époque plus avancée qu'ils présentent l'aspect de tissus ramollis, fongueux, etc.; et qu'il se passe quelque chose de semblable à ce que nous avons noté dans la transformation tuberculeuse. On citera peut-être quelques exceptions, mais on ne peut nier, d'après les faits précédents, que ce ne soit là la règle, et voilà encore un argument contre ceux qui attribuent la dégénérescence cancéreuse à une inflammation de longue durée.

Quant au point précis par lequel commence cette dégénération, nous le trouvons le plus souvent dans la muqueuse, que nous avons vue exclusivement affectée chez un sujet, et qui est la première envahie par l'ulcération. Mais il n'en est pas toujours ainsi; car chez un autre sujet, la muqueuse a été trouvée parfaitement saine, tandis qu'au-dessous la surface seule du tissu sous-muqueux était altérée. Dans ce dernier cas, il est évident que le point de départ n'avait pu être dans la muqueuse. Quelques auteurs, il est vrai, et en particulier M. Andral, pensent que la membrane muqueuse a pu présenter, à une certaine époque, une altération qui a ensuite disparu. Mais chez le sujet dont il s'agit, la maladie était encore commençante; la muqueuse n'avait évidemment pas eu le temps de revenir à son état normal, et l'on aurait nécessairement trouvé, si cette opinion était fondée, quelques traces d'inflammation, ne fût-ce que dans la coloration du tissu.

Quant aux matières contenues dans l'estomac, elles varient suivant les individus. Ordinairement abondantes chez ceux qui ont une dilatation de l'estomac, elles peuvent ne consister, chez les autres, qu'en une petite quantité de mucosités. On

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*, 1835.

trouve très fréquemment un liquide épais, noirâtre, semblable à de la suie délayée, à du marc de café, ou brunâtre comme du chocolat, tel enfin que nous l'avons vu dans la matière des vomissements. Quelquefois les mucosités sont très épaisses et se détachent assez difficilement de la surface de la muqueuse. Dans un cas dont j'ai l'observation sous les yeux, il y avait une médiocre quantité de matière noire, liquide, au milieu de laquelle on trouvait des fragments noirâtres solides, se réduisant facilement en bouillie, et présentant assez bien l'aspect de la truffe. Cette matière se rapproche beaucoup, comme on le voit, de la mélanose que l'on observe dans les divers tissus, et ce fait vient à l'appui de l'opinion de ceux qui regardent la mélanose comme formée par du sang altéré. Il est plus rare de rencontrer dans l'estomac de véritables caillots; c'est cependant ce qui a lieu quelquefois, alors même que pendant la vie il n'y a point eu d'hématémèse proprement dite. S'il y a eu gastrorrhagie, les caillots peuvent être énormes.

Maintenant je vais rapidement exposer les autres altérations qu'on trouve chez les sujets qui ont succombé au cancer. On constate assez souvent la dégénérescence cancéreuse des organes voisins, du foie en particulier, qui forme le fond des ulcérations, ou qui, restant parfaitement libre, présente des plaques de matière cancéreuse; celle du pancréas, de la capsule surrénale droite, des parois du côlon, quelquefois des veines elles-mêmes, comme M. Pressat (1) en a rapporté un exemple remarquable; la dégénérescence de l'épiploon gastro-hépatique, dont j'ai déjà parlé; des cancers dans d'autres organes, dans l'utérus en particulier; enfin, dans quelques cas, une perforation de l'estomac faisant communiquer la cavité de cet organe avec le péritoine ou le côlon transverse, et que M. Rokitanski a rangée parmi les ulcères perforants de l'estomac. J'en ai parlé dans un des articles précédents (2). Voilà les lésions qui se rapportent le plus directement au cancer.

Viennent ensuite l'œdème et les accumulations de sérosité dans l'abdomen, les diverses phlegmasies des voies respiratoires, que j'ai déjà indiquées, et les tubercules qui ont coïncidé avec le cancer chez un petit nombre de sujets. Quant aux autres organes, ils sont presque toujours émaciés à un haut degré; c'est ce que l'on observe surtout dans le cœur, dont le volume est parfois diminué presque de moitié, et qui est toujours ferme et pâle. Mais je ne dois pas m'étendre davantage sur l'état de ces organes, après les nombreux détails dans lesquels je viens d'entrer.

Je crois cependant devoir rapprocher ici des lésions du cancer celles que M. Bruch (3) a trouvées dans l'*hypertrophie simple de l'estomac*, c'est-à-dire celle qui est indépendante de l'affection cancéreuse. Ce médecin établit entre ces deux lésions les différences suivantes :

L'hypertrophie simple se montre sous l'aspect d'un épaississement graduel plus ou moins uniforme des parois qui constituent cet organe; le cancer présente la forme d'une tumeur habituellement saillante couverte de bosselures ou de tubercules avec destruction de la structure normale des tissus.

L'hypertrophie est caractérisée par un épaississement graduel des membranes, qui augmente à mesure qu'on s'approche du pylore, tandis que le cancer peut occuper un point quelconque de l'estomac et s'accompagne toujours de l'altération partielle des membranes.

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*, 1836.
(2) Voy. *Perforat. de l'estom.*
(3) *Zeitschrift für ration. Med.* Bd. VIII, et *Arch. gén. de méd.*, mai 1850.

Dans l'hypertrophie, il n'y a souvent qu'une seule tunique, la tunique musculeuse qui est affectée; dans le cancer il arrive très souvent que plusieurs membranes sont transformées en dégénérescence commune.

Lors même que plusieurs membranes sont hypertrophiées, on le reconnaît toujours à leur superposition, tandis que dans le cancer tantôt une membrane, tantôt plusieurs sont tout à fait méconnaissables.

Quand la division de la tunique musculeuse en compartiments existe dans le cancer, elle dénote en même temps une hypertrophie de cette tunique.

Dans l'hypertrophie, les tuniques sont en général séparables les unes des autres; dans le cancer, elles sont fondues dans l'altération commune.

Le rétrécissement accompagne habituellement l'hypertrophie; la dilatation est fréquente dans le cancer, surtout dans celui du pylore.

L'hypertrophie peut précéder le cancer, coexister avec, ou survenir secondairement à cette affection.

Ordinairement saine dans le cancer, la muqueuse gastrique est le plus souvent altérée en totalité ou en grande partie dans l'hypertrophie.

Il est à désirer que de nouvelles recherches viennent nous éclairer sur ces divers points.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic du cancer de l'estomac nous présente une des questions les plus délicates de son histoire. Il est, en effet, entre cette maladie et plusieurs de celles qui ont leur siége dans le même organe, un nombre considérable de symptômes communs, et en outre nous avons vu que, chez quelques sujets, plusieurs phénomènes importants peuvent manquer, ce qui arrive également dans les autres affections gastriques. Cependant il me semble que, dans ces derniers temps, on a beaucoup exagéré les difficultés de ce diagnostic. M. Andral, entre autres (1), s'est principalement attaché à faire ressortir les points de ressemblance du cancer et de la gastrite chronique, sans insister suffisamment sur les différences qui existent entre ces deux maladies dans l'immense majorité des cas. Voyons, d'après les faits, comment on peut arriver au diagnostic du cancer. Pour cela il faut d'abord distinguer le cancer commençant du cancer arrivé à une époque assez avancée. Les difficultés sont en effet très différentes dans les deux cas.

C'est *dans les cas de cancer commençant* ou ayant fait encore peu de progrès, qu'on est le plus exposé à l'erreur. Cependant il y a encore un certain ensemble de signes qui doivent guider le médecin. Peut-on confondre cette affection avec la *gastrite aiguë?* Nous avons vu dans l'étude des symptômes qu'un petit nombre de cas de cancer sont remarquables par leur invasion rapide, et qu'en peu de temps des douleurs épigastriques, des vomissements fréquents peuvent se manifester; mais d'abord dans le cancer, quelle que soit la rapidité de son début, il n'existe pas de mouvement fébrile prononcé, et en second lieu ce ne sont pas des vomissements bilieux qu'on observe, mais bien des vomissements d'aliments et de boissons, des régurgitations aigres, des rejets de mucosités, et ces signes sont suffisants pour faire éviter l'erreur; d'ailleurs la facilité avec laquelle la gastrite aiguë simple cède au traitement approprié, tandis que les symptômes du cancer persistent et augmentent, ne tarde pas à lever tous les doutes. Quant à la gastrite

(1) *Clin. médicale*, 3[e] édit., t. II, p. 136 et suiv.

aiguë qui survient comme complication d'une autre affection, cette circonstance même vient en aide au diagnostic, surtout si on la joint aux autres signes que je viens de mentionner.

Le diagnostic entre le cancer et la *gastrite chronique* est plus difficile au début des deux maladies. Cependant rappelons-nous que celle-ci, plus encore que la gastrite aiguë, survient comme complication d'une autre affection, et en particulier d'une affection chronique; que les vomissements bilieux, quoique moins constants, la caractérisent dans le plus grand nombre des cas; que déjà, à son début, elle se présente avec un appareil de symptômes assez graves, puisqu'on trouve de la fièvre, des nausées, des vomissements, une anorexie plus ou moins complète, et surtout des douleurs à l'épigastre, qui ne se manifestent dans le cancer qu'à une époque plus avancée de la maladie. Cependant il faut dire que, dans des cas exceptionnels déjà mentionnés à l'article *Gastrite chronique simple*, ces symptômes sont beaucoup moins marqués; que même la maladie peut être latente; et reconnaissons que, dans quelques cas, il faut, dans l'état actuel de la science, renoncer à un diagnostic précis. Mais remarquons aussi que ces cas sont extrêmement rares et ne méritent par conséquent pas toute l'importance qu'on leur a donnée.

C'est encore par la violence plus grande des symptômes au début, que la *gastrite ulcéreuse simple* se distingue du cancer de l'estomac à cette époque de la maladie. Cependant il y a encore beaucoup à faire pour donner à ce diagnostic la précision désirable : cela tient surtout à ce que les auteurs qui se sont occupés de l'ulcère simple de l'estomac ont rangé parmi les cas de cette affection des ulcères dont la nature était au moins fort douteuse; de telle sorte que les symptômes qu'ils ont attribués à la gastrite ulcéreuse simple n'ont pas toute la valeur désirable. Dans deux cas que j'ai sous les yeux, et dont un surtout ne laisse pas de doute sur la simplicité des ulcérations, la maladie débuta par des coliques vives, et il y eut plus tard des vomissements que provoquait la moindre ingestion des aliments. Au reste, je ne crois pas, avec les éléments insuffisants que nous avons, devoir insister sur ce diagnostic, qui demande de nouvelles recherches.

Reste maintenant la *gastralgie*, avec laquelle on peut très facilement, dans quelques cas, confondre le cancer de l'estomac; mais ce diagnostic trouvera mieux sa place dans l'article suivant, après la description des symptômes de cette dernière maladie.

Lorsque le *cancer est arrivé à une époque plus avancée*, le diagnostic devient beaucoup plus facile. Il ne peut plus, en effet, être question de la gastrite aiguë; et quant à la *gastrite chronique simple*, voici ce qui sert à la distinguer de l'affection qui nous occupe. Dans la gastrite chronique simple, on n'observe pas les vomissements noirs, bistres, couleur de suie ou chocolat que nous avons trouvés dans le cancer de l'estomac. M. Andral, il est vrai, dit les avoir notés dans quelques cas où il n'a trouvé que de l'inflammation chronique; mais il nous apprend lui-même que presque toujours alors les lésions consistaient dans une hypertrophie avec dégénérescence particulière, et nous savons que pour lui ces altérations, qui sont évidemment cancéreuses, ne constituent qu'une forme anatomique de la gastrite chronique. Dans le cancer de l'estomac, les vomissements ont cela de remarquable, qu'avant les derniers temps de la maladie, où ils peuvent devenir incessants, ils se manifestent surtout un certain temps après que les aliments ont été pris, et ce sont parfois les aliments de la veille ou même de l'avant-veille qui sont

rejetés. Nous n'avons rien trouvé de semblable dans la gastrite chronique simple. Les signes de cachexie cancéreuse qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, se montrent à une époque peu avancée du squirrhe du pylore, peuvent encore servir à mettre sur la voie. Enfin on peut aussi, à cette époque, comparer les circonstances du début et lever ainsi toutes les difficultés.

Les divers diagnostics que je viens d'indiquer n'ont de l'importance que dans les cas où il n'existe à l'épigastre ni dureté marquée, ni tumeur, et où l'estomac n'a pas subi cette dilatation remarquable désignée sous le nom d'*ampliation morbide*. Lorsque, en effet, ces signes se manifestent, on ne peut plus croire à l'existence d'une *gastrite chronique simple*, et tout porte à admettre l'existence d'un cancer de l'estomac. Cependant, relativement à l'ampliation morbide (1), il ne faut pas oublier qu'on peut rencontrer cet état de l'organe, alors même qu'il n'existe pas de cancer. C'est alors un diagnostic nouveau à porter, et ce diagnostic se fonde sur une circonstance bien simple. Les faits nous ont appris que pour que la dilatation eût lieu à un degré considérable, et que l'estomac fût porté jusque vers le bassin, il fallait que la petite courbure pût descendre au niveau ou au-dessous de l'ombilic; or, en pareil cas, la tumeur circonscrite, la dureté, la rénitence qui ont leur siége dans ce point de l'estomac, viennent pour ainsi dire s'offrir d'elles-mêmes à l'exploration, et l'on peut facilement constater l'existence de la lésion organique. Ce qui prouve qu'il en est réellement ainsi, c'est que, dans tous les cas où les choses étaient dans cet état, le diagnostic a été porté d'une manière précise.

Il existe parfois, dans le cancer de l'estomac, des *vomissements de sang*, et quoique nous ayons admis que la matière brune, marc de café, etc., qui se montre dans un assez grand nombre de cas, est constituée par du sang altéré, il ne faut pas confondre ces vomissements avec ceux où du sang pur est rejeté soit à l'état liquide, soit en caillots. Les premiers ne constituent jamais, en effet, la matière d'une véritable gastrorrhagie telle qu'elle a été décrite plus haut. On peut donc se demander si lorsque du sang pur est rejeté, il est possible de s'assurer que l'hémorrhagie est due à un cancer et n'est pas occasionnée par une exhalation sanguine; c'est ce que j'ai déjà fait à l'article *Gastrorrhagie*, auquel je renvoie le lecteur, me contentant de reproduire ici le diagnostic dans le tableau synoptique.

Rappelons-nous enfin que le *cancer peut être latent* pendant un temps fort long, ainsi que la plupart des cancers des autres organes, afin qu'on ne soit pas surpris de voir, dans quelques cas, la maladie débuter en apparence à une époque très rapprochée de la mort.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du cancer commençant avec invasion rapide, et de la gastrite aiguë.*

CANCER COMMENÇANT.	GASTRITE AIGUE.
Troubles notables de la digestion.	*On ne peut, en général, constater les troubles de la digestion*, parce que les malades se soumettent à la diète.
Point de vomissement de bile.	*Vomissements bilieux* répétés.
Rejet des *aliments*, des boissons.	Vomissement des boissons, mais *non des aliments*, les malades n'en prenant pas.
Régurgitations aigres, glaireuses.	Pas de régurgitations aigres; mucosités seulement.
Pas de mouvement fébrile prononcé.	*Mouvement fébrile* plus ou moins marqué.

(1) Voy. l'art. *Dilatation de l'estomac*.

2° *Signes distinctifs du cancer commençant et de la gastrite chronique.*

CANCER COMMENÇANT.	GASTRITE CHRONIQUE.
Il ne se développe *pas sous l'influence d'une autre affection.*	Vient presque toujours *compliquer une autre affection* chronique.
Pas de vomissements bilieux, si ce n'est accidentellement.	Fréquemment *vomissements bilieux* répétés.
Vomissement des aliments pris *depuis un temps assez long.*	Vomissement des aliments *peu après le repas :* souvent les malades se soumettent à la diète.
Pesanteur à l'épigastre plutôt que véritable douleur.	Ordinairement *douleur plus ou moins vive* à l'épigastre dès le début.
Pas de mouvement fébrile prononcé.	*Fièvre marquée*, mais qu'il est difficile de distinguer du mouvement fébrile dû à la maladie principale.

Je ne crois pas devoir présenter en tableau le diagnostic du cancer de l'estomac et de l'*ulcère simple*, les incertitudes qui règnent sur ce point ne permettant pas de s'exprimer avec une rigueur suffisante.

3° *Signes distinctifs du cancer à une époque avancée, et de la gastrite chronique.*

CANCER A UNE ÉPOQUE AVANCÉE.	GASTRITE CHRONIQUE.
Vomissements *noirâtres*, marc de café, etc.	Vomissements *bilieux* ou de *matières alimentaires.*
Signes de *cachexie cancéreuse.*	*Pas de signes de cachexie cancéreuse;* simple amaigrissement.
Tumeur, rénitence à l'épigastre.	*Ni tumeur, ni rénitence* à la région épigastrique.
Ampliation morbide de l'estomac.	Estomac *contracté plutôt que dilaté.*
Commémoratifs : *Circonstances du début* indiquées plus haut.	Commémoratifs : *Circonstances du début* indiquées plus haut.

4° *Signes distinctifs de la dilatation simple de l'estomac et de la dilatation suite du cancer.*

DILATATION SUITE DU CANCER.	DILATATION SIMPLE.
La tumeur ou la rénitence cancéreuse est *facilement sentie* auprès de l'ombilic. D'un jour à l'autre elle se porte à droite ou à gauche, suivant que l'estomac a été évacué ou non par le vomissement.	*Ni tumeur, ni rénitence.*

5° *Signes distinctifs de la gastrorrhagie symptomatique du cancer et de la gastrorrhagie idiopathique.*

GASTRORRHAGIE SYMPTOMATIQUE DU CANCER.	GASTRORRHAGIE IDIOPATHIQUE.
Troubles *plus ou moins prolongés* de la digestion.	Troubles de la digestion *nuls ou ne datant que de très peu de temps.*
Dépérissement plus ou moins profond.	*Pas de dépérissement* marqué.
Tumeur à l'épigastre.	*Pas de tumeur* cancéreuse à l'épigastre.

6° *Signes distinctifs du cancer de l'estomac et de l'hypertrophie simple de cet organe* (d'après M. Bruch) (1).

CANCER.	HYPERTROPHIE SIMPLE.
Tumeur *bosselée* sensible à la pression bien circonscrite, ayant son siége à l'épigastre.	Résistance et tuméfaction *diffuse* à la région épigastrique.

Déplacement de l'estomac avec induration.	Ce signe n'existe pas.
Sonorité *diffuse et inconstante* à la percussion.	Sonorité *limitée et permanente* à la percussion.
Vomissements à des époques définies, surtout *plusieurs heures après* le repas.	Vomissements à jeun ou *immédiatement après* les repas.
Durée moyenne de *deux ans*, etc.	*Durée* longue.

Pronostic. Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison constamment funeste du cancer de l'estomac semble me dispenser de parler du pronostic. Mais sans revenir sur cette proposition générale, et en admettant que la maladie est nécessairement mortelle, on peut rechercher s'il est quelques signes qui annoncent une terminaison promptement funeste. Lorsque les vomissements se produisent tous les jours, et à plus forte raison plusieurs fois par jour, lorsque les douleurs épigastriques deviennent très vives, lorsqu'il survient un œdème des extrémités et surtout du tronc, on doit s'attendre à une mort prochaine. Les vomissements noirs annoncent également que la mort est peu éloignée ; car ce n'est qu'après une grande durée de la maladie que nous les avons vus apparaître.

§ VII. — Traitement.

Il est peu de médecins qui se soient occupés d'une manière spéciale du traitement du cancer de l'estomac. Presque toujours on a appliqué à cette affection les moyens recommandés dans les cancers des autres organes, et bien souvent on s'est laissé guider par des vues théoriques plutôt que par les résultats de l'expérience. Au reste, ce que je viens de dire de la terminaison de la maladie montre qu'il ne faut pas attacher une grande importance aux diverses médications préconisées par les auteurs. Cependant il n'est pas inutile de connaître les moyens qui ont été mis en usage ; car s'ils n'ont pas sur la maladie une influence curative évidente, ils peuvent être employés comme palliatifs, et dans ces maladies douloureuses et de longue durée, on sait combien il est important de savoir comment on peut rendre supportable l'état des malades. Je n'imiterai pas certains auteurs, et en particulier Prus, qui ont cru pouvoir tracer d'une manière générale les règles à suivre dans le traitement, se fondant pour cela sur les idées qu'ils se font de la maladie et des causes physiologiques des principaux symptômes. On arrive par ce moyen à préconiser des remèdes dont l'efficacité est ensuite démentie par l'expérience. Bornons-nous donc à exposer les diverses médications mises en usage, et apprécions-en, chemin faisant, la valeur.

Émissions sanguines; émollients ; diète. On est peu surpris que les médecins qui ont regardé le cancer comme une simple gastrite chronique aient recommandé les émissions sanguines et les autres antiphlogistiques; mais l'expérience a prouvé que les *sangsues* appliquées au creux de l'épigastre, la *saignée*, les *boissons émollientes* n'ont pas eu les heureux résultats qu'on en attendait. Il est rare que les émissions sanguines soient utiles comme palliatifs, et le dépérissement, l'état de cachexie des malades forcent bientôt à y renoncer. Quant aux simples émollients, ils peuvent, dans les premiers temps, paraître avoir quelques effets avantageux, puisqu'on les associe à une diète plus ou moins rigoureuse, et que les symptômes consistent principalement alors dans des troubles plus ou moins marqués de la digestion ; mais ce dépérissement dont nous parlions tout à l'heure oblige bientôt

(1) *Zeitschrift für ration. Med.* Bd. VIII, et *Arch. gén. de méd.*, mai 1850.

le médecin à se relâcher de cette diète sévère qui n'empêche pas d'ailleurs la maladie de faire des progrès. Nous verrons, au reste, à l'article *Régime*, comment il faut diriger l'alimentation.

Traitement curatif. Presque tous les autres auteurs ont cherché dans la matière médicale un assez grand nombre de remèdes qu'ils ont regardés comme spécifiques. On a surtout vanté les narcotiques, que je vais passer rapidement en revue.

Narcotiques. En première ligne il faut placer la *ciguë*, qui a joui d'une si grande réputation, surtout depuis que Stoerck (1) l'a préconisée comme un spécifique dans le traitement du cancer. La plupart des auteurs qui se sont occupés de ce traitement ont eu recours à cette substance. Récamier (2) pense que son emploi, joint à une *diète assez sévère*, est une des meilleures médications qu'on puisse mettre en usage. Prus (3) a cru mettre hors de doute l'action de cette substance, en citant un fait dans lequel des troubles digestifs ont cédé à son administration; mais ce fait est celui qui a été rapporté par Barras, et que nous avons vu plus haut manquer des détails nécessaires pour inspirer la confiance. D'un autre côté, J. Frank affirme qu'il a mis en usage ce moyen un très grand nombre de fois sans un grand succès, et il n'est pas de médecin à qui il n'en soit arrivé autant. En somme, si la ciguë a, comme sédatif, une certaine influence sur les symptômes du cancer, rien ne prouve qu'elle ait une action réellement curative.

C'est sous forme d'extrait et en pilules qu'on administre ordinairement ce médicament. On peut mettre en usage la formule suivante :

℞ Extrait de ciguë.........	4 gram.	Poudre de ciguë...........	Q. s.

Faites des pilules d'un décigramme. Dose : d'abord deux par jour; augmentez ensuite graduellement la dose jusqu'à vingt ou trente.

Quelquefois on a porté ce médicament à une dose beaucoup plus élevée.

En même temps on peut appliquer sur l'épigastre soit un *cataplasme*, soit, ce que l'on fait bien plus souvent, un *emplâtre de ciguë*. Le cataplasme se fait tout simplement de la manière suivante :

℞ Poudre de ciguë..........	60 gram.	Eau bouillante..............	Q. s.
Farine de lin.............	Q. s.		

Quant à l'emplâtre, voici celui qui est principalement recommandé, et dont la formule appartient à Planche :

℞ Élémi................	2 parties.	Cire blanche.............	1 partie.

Ajoutez au mélange fondu :

Extrait alcoolique de ciguë...................... 9 parties.

Mêlez.

On peut varier presque à l'infini les préparations de ciguë; l'essentiel est de les porter rapidement à une assez haute dose, tout en surveillant les accidents qui pourraient survenir.

La *belladone* a été aussi vivement recommandée. Bayer (4) affirme avoir guéri

(1) *Tract. quo demonstr. cicut. non sol. usu int.*, etc. Vienne, 1760.
(2) *Rech. sur le traitement du cancer*, t. I.
(3) *Rech. nouv. sur la nat. et le trait. du cancer de l'estomac.* Paris, 1828, in-8.
(4) *Horn's Archiv.*, 1820-1821.

par ce moyen de véritables squirrhes. Il est vrai que ces affections avaient pour siége la matrice ; mais nous avons vu plus haut qu'on ne regardait pas les médicaments dirigés contre les cancers comme propres à une de ces affections plutôt qu'à une autre. D'ailleurs plusieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer principalement Hufeland et Hennemann (1), ont préconisé ce moyen, que toutefois ils n'ont pas employé seul. Les pilules données par Bayer étaient les suivantes :

℞ Extrait de belladone.......................... 2 gram.

Faites des pilules de 5 centigrammes. Roulez-les dans la poudre de belladone. Dose : une toutes les trois heures.

Je pense que cette dose est beaucoup trop considérable, et qu'il faut commencer par une bien plus faible si on veut éviter les accidents.

Les réflexions faites à l'occasion des narcotiques précédents s'appliquent aux médicaments du même genre préconisés par plusieurs auteurs : à la *jusquiame*, à la *morelle*, à l'*aconit* à l'aide duquel Paul d'Yvoire, cité par Barras, prétend avoir guéri deux cancers de l'estomac. Ces médicaments ont pu calmer des douleurs plus ou moins vives, soulager les malades dans les cas de cancer, faire cesser la maladie dans les cas de simple gastralgie; mais les faits qu'on a rapportés pour prouver leur action curative dans le cancer n'ont aucune valeur.

Antispasmodiques. L'*eau de laurier-cerise* recommandée par Janin, l'*assa fœtida* employé par plusieurs auteurs, et entre autres par Prus, la *valériane*, les *pilules de Méglin*, l'*éther*, le *castoréum*, le *musc*, sont les principaux médicaments de ce genre qu'on ait mis en usage. On peut admettre, comme pour les précédents, qu'ils ont eu parfois des effets avantageux sur quelques symptômes, et en particulier sur les douleurs épigastriques et sur les vomissements; mais encore ici il faut le dire, il n'est pas un seul fait qui démontre qu'ils aient guéri le cancer, et même qu'ils l'aient arrêté dans sa marche. Janin, qui avait recours à l'huile essentielle de laurier-cerise, n'avait d'autre intention que de diminuer les douleurs lancinantes. Il employait cette substance soit sous forme d'onguent, ainsi qu'il suit :

℞ Onguent rosat........... 15 gram. | Huile essentielle de laurier-cerise. 2 gram.

soit sous la forme du liniment suivant :

℞ Huile d'amandes douces... 45 gram. | Huile essentielle de laurier-cerise. 15 gram.

Les pilules de Méglin doivent être administrées à la dose croissante de 1 à 8 ou 10 par jour. C'est ainsi que les prescrivent Bayle et M. Cayol (2), qui ont un certain degré de confiance en elles.

Fondants. Dans une affection qui a pour lésions anatomiques principales une tumeur, il est tout naturel qu'on ait cherché à dissoudre l'engorgement par les médicaments appelés *fondants* : aussi en a-t-on mis en usage un assez grand nombre. Les principaux sont ceux dans lesquels entrent le mercure et l'iode et leurs préparations.

Mercuriaux. Morgagni (3) recommandait d'employer le *mercure à l'état métallique* dans les cas où l'on supposerait qu'un corps étranger attaquable par cet

(1) *Beitr. Mecklen. Ærst. zur Medic. und chir.* Rostock, 1830, t. I.
(2) *Dict. des sciences méd.*, et *Clinique médicale.* Paris, 1833, in-8°.
(3) *De causis et sedibus*, epist. XXX.

agent, comme une pièce de monnaie, serait la cause première des accidents; mais les cas de ce genre se sont présentés bien rarement, et ne doit-on pas plutôt penser que la pièce de monnaie a été introduite dans l'estomac après le début du cancer, et a déterminé l'obstruction du pylore?

Lorsqu'on donne le mercure à l'intérieur, c'est ordinairement sous forme de *protochlorure*. On en prescrit 5, 10 ou 15 centigrammes par jour, se bornant à l'effet altérant, et évitant, autant que possible, l'effet purgatif. Bayle et M. Cayol accordent quelque confiance à ce moyen, déjà recommandé par Jahn (1) et par Sandroch (2) qui associait le calomel à d'autres substances.

Des *frictions mercurielles* ont été également prescrites. Holscher (3) affirme avoir guéri par de simples frictions mercurielles et quelques *moxas* appliqués de temps en temps un cancer confirmé du pylore; mais le diagnostic est loin d'être établi sur des bases certaines. J. Frank, qui recommande aussi ces frictions, se servait de l'onguent suivant :

℞ Onguent d'althæa.........	60 gram.	Camphre..............	0,60 gram.
Onguent mercuriel........	8 gram.		

Pour frictions sur l'épigastre.

Préparations d'or. Il faut rapprocher des mercuriaux les sels d'or, qui ont été recommandés par Chrestien, Wendt (4), Hennemann et plusieurs autres auteurs qui ont employé ce moyen dans un bon nombre de cas de cancers variés. Wendt recommande les pilules suivantes :

℞ Hydrochlorate d'or......	0,30 gram.	Ciguë en poudre...........	4 gram.
Extrait de ciguë	4 gram.		

Faites 50 pilules, dont on prendra une matin et soir.

On a également fait pratiquer des *frictions sur la langue* avec les sels d'or de la même manière que dans les affections syphilitiques (5).

Préparations iodurées. C'est principalement sous forme d'*iodure de potassium* qu'on a donné ce médicament. Barras pense qu'il doit être employé en même temps à l'intérieur et l'extérieur. A l'intérieur on peut prescrire l'iodure de potassium à la *dose de* 1 *gram.*, 1,50 *gram.*, et plus *dans* 500 *gram. de liquide*; à l'extérieur on fait faire sur l'épigastre des frictions avec la pommade suivante :

℞ Axonge.................	30 gram.	Hydriodate de potasse......	5 gram.

Mêlez. Pour une friction matin et soir.

Le docteur Meyer (6) regarde l'iodure de potassium comme un spécifique contre les douleurs et contre les vomissements les plus rebelles. Il l'administre de la manière suivante :

℞ Iodure de potassium......	0,15 cent.	Eau distillée............	150 gram.

Dose : d'abord d'une à quatre cuillerées de cette solution par jour; augmenter progressivement la dose.

(1) *Auswahl der Wirksamsten, einfachen und zusammengetzten Arznesmittel.* Erfurth, 1818.

(2) *Journal de Siebold.*

(3) *Hanov. Annalen für die ges. Heilk.*, t. I, 1836.

(4) *Anleit. zum Receiptschreib.* Breslau, 1826.

(5) Voy. *Ulcères syphilitiques de la gorge.*

(6) *Ann. de la Soc. méd. de Roulers*, 1re livraison 1850.

Le *savon médicinal* est également prescrit dans le but de fondre la tumeur. J. Frank l'unit ainsi à l'aloès :

℞ Savon médicinal..........	15 gram.	Extrait de chiendent.......	30 gram.
Extrait d'aloès............	2 gram.		

Faites des pilules de 0,15 grammes ; roulez-les dans la poudre d'iris de Florence. Dose : 5 par jour.

Ferrugineux. Le *carbonate de fer* a été recommandé dans plusieurs cancers par Rudolph (1) qui l'unissait à l'extrait de calendule (souci). La *teinture d'hydrochlorate de fer*, la *limaille de fer*, ont été également mises en usage; mais aucun médicament, parmi les ferrugineux, n'a été plus recommandé que l'*oxyphosphate de fer*, à l'aide duquel M. Fuzet-Dupouget (2) assure avoir obtenu des effets très avantageux. Il administre le médicament à la dose de 15 à 50 centigrammes, trois fois par jour.

Préparations arsenicales. Il n'est pas jusqu'à l'arsenic que l'on n'ait employé comme moyen curatif du cancer en général et même du cancer de l'estomac; mais comme rien ne prouve que ce médicament ait eu un effet même palliatif, il est inutile de lui donner place ici, vu le danger qu'il peut faire courir aux malades.

Si je voulais indiquer tous les médicaments que l'on a donnés comme spécifiques, et en apprécier la valeur, je dépasserais considérablement les bornes de cet article. Je vais seulement citer les principaux, afin qu'on puisse soumettre à l'expérience toutes ces médications, dont l'efficacité n'est nullement démontrée.

L'*antimoine cru* donné à haute dose (4 grammes, uni à 0,25 grammes de ciguë) a été recommandé par Polese (3) ; le *plomb*, par quelques médecins allemands; le *charbon végétal* ou *animal*, le *sel ammoniac*, la *mousse de Corse* conseillée par Farr (4), le *suc gastrique* et même le *lézard gris* (5) ont été vantés comme pouvant produire la guérison du cancer. Il en est de même de la *pulpe* et du *jus de la carotte* pris à l'intérieur ou appliqués en cataplasme; de l'*extrait de saponaire* et de *trèfle d'eau* recommandé par Fodéré, de l'*acétate de potasse* prescrit par Huxham et Tod, et de plusieurs autres substances qu'il serait trop long d'énumérer.

Il faudrait évidemment, pour accorder quelque valeur à des remèdes semblables, des faits nombreux bien observés et sévèrement analysés, et nous ne trouvons presque toujours que des assertions sans preuves. On comprend donc qu'il serait inutile d'insister davantage sur ce traitement prétendu curatif; mais je ne dois pas passer sous silence le traitement palliatif; car c'est celui qui intéresse au plus haut point le médecin. Par lui on peut espérer de soulager des souffrances souvent très vives, de faire cesser des symptômes fort incommodes, et peut-être aussi de rendre moins rapides les progrès de la maladie.

Traitement palliatif. Le premier symptôme que l'on est appelé à combattre est le *trouble plus ou moins grand* qui survient *pendant la digestion.* Avant que l'on connût bien le cancer de l'estomac, on cherchait à dissiper ces symptômes, en prescrivant les divers médicaments dits *stomachiques*, et c'est dans ce but qu'on avait

(1) *Hufeland's Journal*, t. LVIII.
(2) *Rev. méd.: Emploi de l'oxyphosphate de fer pour combattre le cancer*, par M. Dupouget fils.
(3) *Cons. méd.*, 1835.
(4) *An essay on the effects of the fucus helmint. upon cancer.* London, 1822.
(5) Gourlay, *Ann. de litt. méd. étrang.*, t. XIV.

inventé la plupart des *élixirs* qui ont eu tant de réputation dans les siècles précédents. Mais les auteurs modernes se sont élevés avec juste raison contre l'emploi fait sans discernement de ces substances qui, au lieu de favoriser la digestion, peuvent la rendre plus pénible et avoir des effets nuisibles. Aujourd'hui on s'accorde à reconnaître que le meilleur moyen de rendre les digestions plus faciles est de diminuer la quantité des aliments, de les choisir parmi ceux d'une digestion prompte et facile, et au lieu de prescrire les alcooliques à la fin du repas, de supprimer même le vin ou de n'en permettre qu'une très petite quantité. Dans les cas seuls où la maladie marcherait très rapidement dès le début, cas rares, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on soumettrait les malades à une diète un peu sévère jusqu'à ce que les principaux symptômes fussent calmés ; mais il ne faut pas oublier que souvent par là on les affaiblit sans avantage.

Les *douleurs épigastriques* méritent ensuite toute l'attention du médecin ; c'est lorsqu'elles sont violentes, lancinantes, qu'on paraît avoir retiré le plus d'avantages des *narcotiques* et des *révulsifs* à l'extérieur. J'ai déjà parlé des premiers ; j'ajouterai seulement ici que 3 à 5 *centig. d'opium le soir*, 25 *à* 30 *gram. de sirop d'acétate de morphine* dans la journée, un petit vésicatoire placé sur l'épigastre pour faire absorber chaque jour de 2 *à* 5 *centig. d'hydrochlorate de morphine*, sont les meilleurs moyens pour combattre ces douleurs. Lorsqu'elles sont extrêmement vives, et qu'elles ôtent tout repos, comme cela a lieu dans quelques cas peu fréquents, il faut élever graduellement les doses, les doubler, les quintupler même, sans craindre de plonger les malades dans un certain degré de narcotisme.

Quant aux *révulsifs*, ils consistent dans l'application de *vésicatoires* volants plus ou moins multipliés, ou d'un vésicatoire à demeure sur le creux épigastrique, de *sétons* ou de *cautères* employés inutilement dans le but de fondre le cancer par un grand nombre d'auteurs, de petits *moxas* comme le recommande Larrey, ou bien de simples frictions avec un liniment composé de :

℞ Huile de croton. . . . . 30 gouttes. | Huile d'amandes douces. . . 10 gram.

Pour frictions, jusqu'à l'apparition de nombreux boutons.

On pratique encore ces frictions avec la *pommade d'Autenrieth*, avec le *baume opodeldoch*, un *liniment ammoniacal*, en un mot, avec une substance irritante. Il faut ajouter que très fréquemment ces moyens échouent contre les douleurs produites par le cancer, et que si quelques auteurs les ont tant préconisées, c'est qu'ils ont eu affaire à d'autres affections, et notamment à la gastralgie. M. Lombard (1) a réussi à arrêter les vomissements à l'aide de l'*oxyde de bismuth* (2).

Les remèdes que je viens d'indiquer agissent aussi contre les *vomissements*, mais il en est d'autres qui sont bien plus efficaces encore, si l'on en juge du moins par ce qui s'est passé dans quelques uns des cas dont j'ai fait l'analyse : je veux parler des *boissons gazeuses*. Ces boissons sont, commme chacun sait, l'*eau de Seltz*, la *potion de Rivière*, en un mot, des liquides contenant une assez forte proportion d'acide carbonique. Dans les cas dont je parle, c'est l'eau de Seltz qui fut administrée, et je pense que ce liquide convient mieux que la potion de Rivière, qui, contenant un acide fort, pourrait être irritante pour l'estomac. Dans quatre cas dans

(1) *Gaz. méd.*, 1836, p. 89 et suiv.

(2) Voy., pour l'emploi de cette substance, l'art. *Gastralgie*.

lesquels l'eau de Seltz fut prescrite, deux fois elle n'eut pas d'influence évidente sur les vomissements : mais chez deux autres sujets ces vomissements, qui étaient nombreux, car ils se répétaient une ou plusieurs fois par jour, et qui duraient depuis plusieurs mois, cessèrent au bout de sept à huit jours de l'administration de l'eau de Seltz, et ne se reproduisirent plus jusqu'à la fin de la maladie. Chez l'un d'eux même il survint un calme profond, l'appétit se releva, et le malade éprouva une telle amélioration qu'il put se croire en voie de guérison. On ne saurait donc trop recommander cette médication si simple. L'*eau de Vichy* (fontaine des Célestins) a, sous le point de vue qui nous occupe, le même avantage que l'eau de Seltz, et de plus elle agit comme *fondant*, ce qui rend son administration très utile. Il en est de même de l'*eau de Bussang*.

Les *boissons glacées*, l'*application de la glace sur l'épigastre*, ont eu aussi quelquefois pour effet de suspendre ce symptôme fort pénible. On devra y avoir recours si les médicaments précédents ne suffisent pas.

Nous avons vu qu'un symptôme incommode consiste dans les rapports, les éructations acides, le *pyrosis*. Les préparations *alcalines*, la magnésie à *la dose de 4 à 8 grammes* par jour, le *carbonate d'ammoniaque*, etc., sont très utiles pour le combattre. M. Lombard, ayant remarqué l'acidité des sécrétions, et notamment de la salive, chez les sujets affectés de cancer de l'estomac, a principalement insisté sur cette médication, que j'exposerai en détail à l'occasion de la *gastralgie*, maladie dans laquelle ce symptôme existe d'une manière très prononcée.

On a cherché à *relever les forces* en prescrivant les *toniques*, et en particulier le *quinquina*; mais il n'est nullement prouvé que ce moyen ait réussi même dans ce but palliatif. Toutefois on aurait tort de croire que la médication tonique, à moins qu'on ne mette en usage les liqueurs alcooliques, a les grands inconvénients qu'on a voulu lui attribuer. Les faits prouvent que leur administration n'a pas été suivie de symptômes graves, et quelques médecins, comme Bayle et M. Cayol, ont pu constater, sinon leur efficacité, du moins leur innocuité : aussi ne doit-on pas, au début de la maladie du moins, partager la frayeur de J. Frank, qui les proscrit d'une manière formelle.

Tel est le traitement palliatif, le seul, je le répète, qui ait une valeur réelle. Ajoutons qu'on devra étudier avec soin la préférence de l'estomac pour tel ou tel aliment et telle ou telle boisson. Si, en effet, il est vrai de dire que le vomissement est un des symptômes les plus à redouter, on sent combien il serait imprudent, sous prétexte de ne faire prendre que des aliments de facile digestion, de vouloir forcer les malades à se nourrir de substances que leur estomac repousse. N'oublions pas que le laitage, les viandes blanches, peuvent être vomis alors même que les viandes noires, le gibier le plus fort sont encore supportés. Enfin ajoutons que des bains tièdes, des bains d'eau minérale, comme ceux de Vichy, de Néris, de Bagnères, peuvent être recommandés, et ont procuré, dans quelques cas, une amélioration sensible.

Résumé; ordonnances. Il ne faut pas craindre de trop le répéter, parce que le médecin doit chercher à connaître exactement la vérité et non à se faire illusion : il n'est pas un seul des moyens précédents qui ait une efficacité démontrée comme moyen curatif; mais comme moyens palliatifs, il en est de très utiles, parmi lesquels il faut particulièrement citer l'eau de Seltz contre les vomissements, les opiacés

contre les douleurs, les alcalins contre les rapports acides, et un régime bien entendu contre les troubles de la digestion. Je ne présenterai qu'un très petit nombre d'ordonnances, parce que les cas étant très variés, c'est en présence du malade qu'il faut grouper les divers médicaments.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE CANCER COMMENÇANT.

1° Pour tisane, infusion de saponaire édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Prendre tous les jours, aux repas, une demi-bouteille ou une bouteille d'eau de Vichy.

3° Pilules de ciguë à doses croissantes (voy. p. 624).

4° Frictions irritantes sur la région épigastrique (voy. p. 628).

5° Si les douleurs sont vives, application d'un ou plusieurs vésicatoires volants.

6° Pour combattre la constipation, lavement avec 30 ou 40 grammes de sulfate de soude, ou 60 à 80 grammes d'huile de ricin.

7° Régime composé de substances légères en petite quantité, et appropriées au goût du malade, qu'il faudra étudier. Exercice modéré, tous les jours ; distractions.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE CANCER PLUS AVANCÉ, AVEC VOMISSEMENTS.

1° Pour tisane, infusion de sureau édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Boire dans la journée une ou deux bouteilles d'eau de Seltz coupée avec la tisane.

3° Tous les soirs, une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque, qu'on élèverait à une dose beaucoup plus forte, si les douleurs étaient excessives.

4° Après chaque repas, une ou deux cuillerées à café de sirop d'acétate de morphine.

5° Révulsifs sur l'épigastre ou fonticule (voy. p. 628).

6° Régime plus sévère que dans la précédente ordonnance ; les autres moyens, *ut suprà*.

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances pour les derniers temps de la maladie, car il s'agit alors de pourvoir aux indications diverses qui peuvent se présenter. Je dirai seulement que la diarrhée est combattue par les astringents, les opiacés, le diascordium, etc., et que les symptômes qui se manifestent du côté des voies respiratoires sont traités par les moyens appropriés que j'ai fait connaître dans le précédent volume.

Résumé. — 1° *Traitement curatif:* Émissions sanguines ; narcotiques ; antispasmodiques ; fondants ; mercuriaux ; préparations d'or ; préparations d'iode ; ferrugineux ; préparations arsenicales ; moyens divers.

2° *Traitement palliatif:* Moyens contre les troubles digestifs ; contre les douleurs épigastriques : opiacés, révulsifs ; contre les vomissements ; contre les aigreurs ; contre la faiblesse ; régime.

ARTICLE XII.

GASTRALGIE.

On peut dire, sans crainte d'être démenti par la lecture des auteurs, que la gastralgie n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps. Ce n'est pas qu'il n'y ait un grand nombre de travaux qui se rapportent directement à cette maladie. On trouve, au contraire, sous une multitude de dénominations différentes, et particulièrement sous celle de *cardialgie*, beaucoup de dissertations et de mémoires sur les douleurs de l'estomac. Mais quand on lit avec quelque attention ces diverses publications, on ne tarde pas à s'apercevoir que, sous ce titre de *cardialgie*, on a fait entrer presque toutes les maladies gastriques qui donnent lieu à une douleur plus ou moins vive. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir la division admise par J. Frank. Cet auteur reconnaît les espèces suivantes : 1° cardialgie *causée par l'ingestion des corps étrangers ;* 2° cardialgie *dyspepsique* ou *saburrale ;* 3° cardialgie *bilieuse ;* 4° cardialgie *flatulente ;* 5° cardialgie *causée par une sécrétion acide* (pyrosis, soda) ; 6° cardialgie *pituiteuse ;* 7° cardialgie *vermineuse ;* 8° cardialgie *pléthorique ;* 9° cardialgie *rhumatique* ou *arthritique ;* 10° cardialgie *carcinomateuse ;* 11° cardialgie *spasmodique*, et 12° cardialgie *atonique* ou *paralytique.*

Il est évident qu'on pourrait, sous ces différents titres, décrire à la fois l'embarras gastrique, la gastrite aiguë et chronique, et même le cancer de l'estomac, et c'est là précisément ce que l'on a fait; car si l'on examine les cas particuliers, et surtout si l'on a égard aux lésions anatomiques que les auteurs ont souvent eu occasion d'indiquer, on voit bientôt que toutes ces affections ont pris place parmi les cas de cardialgie. Il faut même y ajouter quelques affections des parois de la poitrine et de l'abdomen, qui, donnant lieu à des douleurs assez vives à la région épigastrique, en ont imposé à quelques médecins pour des douleurs de l'estomac. On se ferait difficilement une idée de la confusion extrême qui résulte de tous ces faits présentés ainsi pêle-mêle. Elle est telle qu'il est absolument impossible d'y trouver quelque renseignement précis sur une maladie déterminée.

Dans ces dernières années, on a procédé d'une manière différente, et parmi toutes ces affections qui occasionnent la douleur de l'estomac et le trouble des digestions, on a recherché s'il n'y en aurait pas une qui, uniquement caractérisée par ces symptômes sans autre altération organique, mériterait exclusivement le nom de *gastralgie.* Or, de cette façon, on est arrivé à établir l'existence d'une affection nerveuse, remarquable soit par la violence et la vivacité des douleurs, soit par la difficulté des digestions, et qui se distingue parfaitement de toutes les autres affections gastriques. C'est à elle qu'on a réservé le nom de *gastralgie ;* c'est d'elle qu'il s'agira uniquement dans cet article.

Mais quoique, par cette exclusion de tant d'états pathologiques divers, on ait rendu la question beaucoup plus simple et plus précise, il reste cependant un point en litige, dont il importe de dire un mot ici. Parmi les faits cités dans ces dernières années sous le nom de *gastralgie*, il en est un certain nombre dans lesquels la douleur n'existe pas. Des troubles notables de la digestion, des vomissements, etc., caractérisent seuls l'affection. Doit-on admettre alors qu'il existe une gastralgie? Cette question paraît d'abord beaucoup plus grave qu'elle ne l'est réellement, car

il ne s'agit en réalité que de l'exactitude plus ou moins grande de la dénomination. Les troubles durables de la digestion produits par une perturbation nerveuse sont plus ou moins douloureux, suivant les circonstances. Chez le même sujet, on peut trouver tantôt des douleurs vives, tantôt une simple pesanteur épigastrique, tantôt enfin absence de toute douleur, et cela à des intervalles assez rapprochés. Barras (1) a principalement insisté sur ce fait. Il serait difficile aujourd'hui d'établir une distinction entre la névrose douloureuse de l'estomac et la névrose non douloureuse. Il faut donc les décrire dans un seul et même article, nous bornant, pour éviter toute fausse interprétation, à prévenir que dans certains cas il y a seulement digestion laborieuse (*dyspepsie*), et que dans d'autres, la douleur de l'estomac venant se joindre aux autres symptômes, il existe une gastralgie complète.

Les auteurs qui se sont occupés de cette affection sont, comme je l'ai dit, très nombreux. Parmi eux il faut principalement citer Trnka (2), Schmidtmann (3), et enfin Barras, qui a eu le mérite de ramener les médecins à la croyance des névroses gastriques, à une époque où l'on rapportait tout à l'inflammation. C'est en grande partie d'après l'analyse des observations qui se trouvent rapportées dans l'ouvrage de ce dernier, auxquelles j'en ai joint un certain nombre d'autres, que je tracerai la description suivante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je donne le nom de *gastralgie* à un trouble nerveux plus ou moins considérable de l'estomac, avec perturbation des digestions et ordinairement douleur plus ou moins vive.

La gastralgie a été principalement décrite, comme je l'ai dit plus haut, sous le nom de *cardialgie*. On lui a encore donné ceux de *névralgie cœliaque*, *gastrodynie*, *cardiadynie*, *cardiogmus*, *dispepsodynia*, *affectus cardiacus*, *passio cardiaca*, *coliques*, *spasmes*, *crampes* de l'estomac. Les Allemands la désignent sous le nom de *Magenschmerz*, etc. Le nom de *gastralgie* étant aujourd'hui généralement admis, on doit le conserver, quoique sa signification ne soit pas très exacte, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer.

Cette affection est certainement une des plus *fréquentes* du cadre nosologique. Nous verrons néanmoins, à l'article *Traitement*, que sa fréquence a varié suivant que les diverses théories médicales ont fait employer tels ou tels moyens de traitement dans les diverses maladies, et surtout dans les maladies de l'estomac. Il suffit de se rappeler le nombre si considérable de gastralgies que l'on rencontrait il y a quinze ans sous le nom de *gastrites chroniques*, pour se faire une idée de la fréquence de l'affection et de l'influence des idées théoriques dont il s'agit.

§ II. — Causes.

La gastralgie est une des affections qui ont les causes les plus nombreuses et les plus variées : cependant on a été beaucoup trop loin quand, à propos de chaque fait en particulier, on a voulu trouver dans quelque circonstance souvent accidentelle, la cause de la maladie. J'indiquerai ce que les auteurs nous apprennent à ce sujet, recherchant, chemin faisant, ce qu'il y a de vrai dans leurs assertions.

(1) *Traité des gastralgies et des entéralgies*. Paris, 1827.
(2) *Hist. cardialgiæ*. Vind., 1785.
(3) *Summa observ. ex prax. med.: De cardialgia.*

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Barras (1), qui est à peu près le seul qui ait fixé son attention sur ce point, la gastralgie se déclare, en général, depuis l'*âge* de quinze ans jusqu'à celui de quarante-cinq. Des faits que j'ai rassemblés il résulte que l'âge des malades a varié de seize à cinquante-six ans; que deux fois seulement l'âge de cinquante ans a été dépassé, et que le terme moyen a été de trente-deux ans et une fraction, sans qu'il y ait une grande différence, sous ce rapport, dans l'un et l'autre sexe. La proposition de Barras se trouve donc confirmée par les faits. Parfois, il est vrai, on est appelé à traiter des gastralgies survenues chez des sujets plus avancés en âge; mais ainsi que le fait remarquer cet auteur, en remontant au début de l'affection, on voit qu'elle s'est manifestée à l'époque de la vie indiquée plus haut.

Sexe. Tous les auteurs ont reconnu que la gastralgie était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur trente-neuf cas que j'ai rassemblés, vingt appartenaient au sexe féminin. La différence n'est pas, comme on le voit, très grande, Cependant, si l'on considère que la leucorrhée est une des causes les plus fréquentes de la gastralgie, et que dans les hôpitaux on n'observe guère cette affection chez les hommes, tandis qu'elle se montre souvent chez les femmes, on devra admettre que cette différence est trop faible, ce qui tient sans doute au trop petit nombre des faits que j'ai pu consulter.

Tempérament. On a naturellement accordé une influence considérable au *tempérament nerveux;* mais, dans la plupart des cas, les malades n'ont été vus par les médecins qu'à une époque où la gastralgie les avait déjà jetés dans une grande irritation nerveuse, et le défaut de renseignements précis empêche de savoir dans quelle proportion des cas ce tempérament existait avant le début de l'affection. Bornons-nous donc à signaler cette proposition des auteurs, appuyée sur un assez grand nombre de faits dans lesquels il est dit tout simplement que le tempérament était nerveux, sans autres détails.

Constitution. Quoiqu'on ait dit généralement qu'une constitution délicate et frêle prédisposait beaucoup à la gastralgie, on trouve dans la plupart des observations où cette circonstance a été mentionnée, qu'avant le début la constitution était bonne et même robuste. On a confondu, dans les descriptions, les constitutions primitivement mauvaises et les constitutions détériorées soit par de longues maladies antérieures, soit par un traitement énergique, et surtout, comme nous le verrons plus loin, par le *traitement antiphlogistique.* En pareil cas, la constitution actuelle est évidemment favorable au développement de la maladie.

Hygiène. La *vie sédentaire* a encore été placée en première ligne au nombre des causes de la gastralgie; malheureusement, sous ce rapport, les auteurs n'ont indiqué que leurs impressions générales, négligeant d'interroger avec soin les malades, ou du moins de consigner leurs réponses dans les observations. Une question qui se lie à celle de la vie sédentaire, est l'influence de la *profession;* mais encore, sous ce point de vue, les observations sont insuffisantes, d'abord par leur trop petit nombre, et ensuite par leur défaut d'indications. Dans les cas que j'ai examinés, il en est très peu où la profession ait été mentionnée, et dans ce petit nombre la moitié des sujets seulement étaient, par la nature de leurs occupations, forcés de mener

(1) *Précis anat. sur le cancer de l'estomac*, etc. Paris, 1842.

une vie sédentaire. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'influence des *travaux de cabinet*. Cependant, malgré l'insuffisance de ces faits, il faut dire que, d'après les observations journalières, les personnes qui se livrent à ces travaux sont, plus souvent que toute autre, affectées de cette névrose.

Santé antérieure. Il est assez difficile de se prononcer sur l'état de santé antérieur, attendu qu'on ne peut séparer que très difficilement ce qui a précédé la maladie des symptômes de la maladie elle-même. Presque toujours, en effet, les malades ont éprouvé, à une époque plus ou moins éloignée du début de leur gastralgie, et souvent à plusieurs reprises, des troubles nerveux variés. Ce sont des migraines, des douleurs dans les divers cordons nerveux, des coliques, et plus souvent encore des douleurs d'estomac; mais on ne peut pas voir dans tout cela de véritables causes prédisposantes; ce sont plutôt des maladies dues à la même cause qui a fait naître la gastralgie. Cette remarque est un complément de ce que j'ai dit plus haut sur l'influence du tempérament nerveux.

L'*hystérie* et l'*hypochondrie* ont été également regardées comme des affections prédisposant à la gastralgie. Quant à la première, elle n'est mentionnée qu'une fois dans les observations que j'ai rassemblées; et, pour la seconde, elle est trop souvent, ainsi que nous le verrons plus tard, une conséquence de la maladie elle-même, pour qu'on puisse s'empêcher de penser que, dans la plupart des cas, la gastralgie existait déjà, quoique à un faible degré, lorsque l'hypochondrie s'est manifestée.

Les *chagrins*, les *émotions morales longtemps prolongées*, doivent être plutôt regardés comme des causes efficientes que comme des causes prédisposantes : par conséquent, il en sera question dans le paragraphe suivant. Constatons seulement ici que les sujets placés dans ces circonstances fâcheuses reçoivent plus facilement que les autres l'influence des causes occasionnelles, et que, sous ce rapport, cet état moral peut être regardé comme constituant une prédisposition évidente.

J'ai dit plus haut qu'une grande *débilitation*, occasionnée par des pertes de sang abondantes et par un régime trop sévère, précédait assez fréquemment la gastralgie : c'est encore là une cause efficiente, mais qui, dans quelques cas, est prédisposante, en ce sens qu'elle met les malades dans des conditions où les autres causes agissent très facilement.

L'*état des règles* mérite d'être considéré. Sur huit femmes chez lesquelles des renseignements exacts ont été pris, trois seulement étaient bien réglées; mais ici, plus encore que pour les causes précédentes, il faut se demander si la diminution, la suppression, la difficulté des règles ne sont pas un effet de la cause générale qui a produit l'affection nerveuse, plutôt qu'une prédisposition.

La plupart des observations de gastralgie ont été prises sur des sujets *habitant les villes ;* d'un autre côté, nous savons que le séjour à la campagne produit presque constamment de bons effets dans les cas de névrose gastrique confirmée; il faut donc en conclure que l'habitation des grandes villes, où, du reste, les causes déjà mentionnées et celles que j'indiquerai tout à l'heure agissent avec le plus de force, est favorable au développement de la gastralgie.

Hérédité. Tous les auteurs regardent cette affection comme *héréditaire*. Il est bien difficile de se faire une opinion à ce sujet. Il n'est presque pas d'observations où l'existence de l'hérédité ait été recherchée convenablement. Contentons-

nous donc de cette indication, en attendant des renseignements plus exacts (1).

On a admis comme prédisposant à la gastralgie l'usage des *boissons glacées*, des *acides*, des *divers élixirs*, des *vomitifs*, des *drastiques*, des *aliments indigestes*, etc.; mais c'est plutôt parmi les causes occasionnelles que l'ingestion de ces diverses substances doit être rangée : j'en dirai un mot plus loin.

L'état de *grossesse* est encore une des causes prédisposantes attribuées à la gastralgie. On sait que dans le premier mois, et même dans le second, il survient chez les femmes enceintes des troubles digestifs plus ou moins marqués. On peut les regarder comme des *gastralgies symptomatiques*. Mais, dans certains cas, les symptômes gastralgiques persistent, deviennent très intenses, et demandent un traitement particulier. J'ai eu récemment occasion d'en observer un exemple remarquable, et il en existe un certain nombre d'autres dans les auteurs.

On a cru trouver dans les *qualités de l'air* et dans la *température*, des causes prédisposantes efficaces. L'*humidité*, la *chaleur*, sont des conditions atmosphériques dans lesquelles, suivant les principaux auteurs (Comparetti, Tissot, etc.) se développe le plus souvent la gastralgie. On observerait donc plus fréquemment cette affection pendant le printemps et l'été que pendant l'hiver. Il est à désirer que ces assertions soient appuyées sur des bases plus solides.

Enfin, suivant Barras, il est certaines *constitutions médicales* favorables au développement des gastralgies. C'est ainsi que pendant le choléra on a vu bien plus fréquemment cette affection que dans les années qui ont précédé et suivi l'épidémie. Mais c'est un fait sur lequel je reviendrai à l'article consacré au *Choléra épidémique*.

Outre toutes ces causes, il est encore, suivant tous les auteurs, et l'observation journalière nous apprend que cette remarque est juste, une prédisposition toute particulière, une *idiosyncrasie* qui, dans un bon nombre de cas, peut seule expliquer la production de la maladie sous l'influence de causes parfois extrêmement légères. On va voir, en effet, dans le paragraphe suivant, que les boissons, les aliments les plus usités peuvent, chez certains individus, produire une gastralgie bien caractérisée.

Je n'ai pas cru devoir mentionner la *chlorose* et l'*anémie* parmi les causes prédisposantes, attendu que j'ai déjà parlé, au sujet de ces deux affections, des troubles nerveux de l'estomac qui se développent dans leur cours.

2° Causes occasionnelles.

Au nombre des causes occasionnelles, nous devons placer en première ligne l'ingestion de certaines substances dans l'estomac. Chez des individus prédisposés, certaines boissons et certains aliments peuvent produire une gastralgie très caractérisée.

Parmi les aliments, il faut signaler d'abord les *épices*, le poivre, la cannelle, le piment, etc. Il est certains sujets qui ne peuvent pas faire usage de ces condiments sans éprouver des douleurs d'estomac et des troubles de la digestion. Il en est de même d'autres *substances âcres et d'une saveur forte*, comme l'ail et l'oignon, les raves, etc. On a noté également des cas où les *salaisons* produisaient le même effet. Mais il serait inutile d'entrer dans de grands détails sur ce point, d'autant plus que c'est dans les effets de l'alimentation qu'on a le plus souvent besoin d'invoquer

(1) Voy. P. Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité*. Paris, 1850, t. II.

cette idiosyncrasie dont je parlais tout à l'heure. J. Frank cite à ce sujet un exemple bien remarquable. Il ne pouvait *manger des fraises* sans éprouver de la douleur à l'estomac ; il en était de même de son fils adoptif, chez lequel cette douleur allait jusqu'à produire la lipothymie, tandis que son père, à qui tous les fruits acides donnaient une gastralgie, pouvait manger des fraises en grande quantité sans inconvénients. Il suffit d'un fait semblable pour montrer combien les causes agissent différemment suivant les individus, et combien la prédisposition est nécessaire.

J'ajoute seulement que parmi les fruits, ceux qui ont un degré *d'acidité* marqué produisent le plus facilement la gastralgie. J'ai vu, pour mon compte, deux femmes chlorotiques qui, après avoir mangé quelques côtes d'orange, ont été prises de douleurs d'estomac excessives, qu'un traitement antispasmodique et narcotique a fait promptement disparaître.

Parmi les boissons, on a cité les *liquides fermentés ;* mais il faut prendre garde de ne pas confondre, en pareil cas, la gastralgie avec une véritable indigestion. On voit, en effet, après l'ingestion d'une grande quantité de liquide fermenté, survenir des douleurs vives d'estomac qui se dissipent bientôt après l'évacuation de la substance par les vomissements et par les selles, l'organe ayant cessé de subir une distension forcée. On peut appliquer aux *boissons acides* ce que j'ai dit plus haut des fruits acidules.

Les *émétiques*, les *drastiques*, les *narcotiques* ont été rangés parmi les substances qui provoquent la gastralgie ; mais les faits ne sont pas très concluants à cet égard. Quant aux *poisons âcres* signalés par Ettmüller, Forestus, Alberti (1), aux *corps étrangers*, et en particulier au *verre pilé* (2), etc., on a évidemment confondu une inflammation de l'estomac avec une simple névrose.

Je ne ferai que mentionner la *suppression des flux sanguins* ou d'autres flux, attendu que les faits ne nous apprennent rien de positif à cet égard ; mais j'insisterai, au contraire, sur une observation qu'on peut faire tous les jours. Il est très fréquent de rencontrer des douleurs d'estomac persistantes, fatigantes, quelquefois vives, chez les femmes affectées d'une *leucorrhée abondante ;* chez celles dont les *menstrues* coulent en plus grande quantité qu'à l'ordinaire ; chez les sujets affectés de *flux hémorrhoïdaux* considérables. Ces faits semblent être en contradiction avec l'opinion des auteurs relativement à la suppression des flux. Cependant M. Mondière (3) a cité un cas dans lequel une gastralgie s'est développée après la *suppression de la sueur des pieds.*

C'est surtout comme causes efficientes qu'agissent les *saignées abondantes*, l'*abus des boissons émollientes* et des *viandes blanches*, un *régime trop sévère*, en un mot tout ce qui débilite profondément la constitution. Parmi les observations de Schmidtmann, de Barras et de M. Rougier (4), il en est un bon nombre où l'on voit que la gastralgie s'est déclarée dans les circonstances qui viennent d'être mentionnées. L'*onanisme*, qui débilite également l'économie, a été mentionné deux fois dans les observations que j'ai réunies. Les *excès vénériens*, les *fatigues* de toute

(1) *Diss. de ventric. ardore*, § 12.

(2) *Hufeland's Journ.*, 1832.

(3) Journal *l'Expérience*, avril 1838.

(4) *De l'emploi de la morphine et de la strychnine dans quelques affections nerveuses.* Lyon, 1843, in-8.

espèce, peuvent avoir le même résultat ; cependant, en parcourant les observations, on ne tarde pas à s'assurer qu'on a beaucoup exagéré l'influence de ces causes. D'un autre côté, on n'a pas tenu assez compte de la *leucorrhée*, dont j'ai déjà parlé, mais que je crois devoir mentionner encore, parce qu'elle est une des causes les plus puissantes de la gastralgie.

Il faut mentionner aussi les diverses *déviations de l'utérus*, affections rebelles qui donnent lieu à des troubles nerveux si variés.

Reste maintenant une cause très importante : c'est l'action des *chagrins violents et prolongés*. Sur trente-sept cas que j'ai consultés à ce sujet, il en est treize dans lesquels la gastralgie est survenue dans des conditions semblables ; quant aux autres, le plus souvent on n'a pas recherché l'existence de cette cause. Quand on songe à l'influence que les émotions morales vives et fâcheuses ont sur l'appétit et la digestion, même lorsqu'elles sont momentanées, on comprend facilement qu'elles puissent à la longue produire une névrose durable de l'estomac. On a vu même une émotion très vive, quoique de courte durée, être suivie d'une gastralgie qui a persisté.

Quant aux *violences extérieures*, aux *mouvements brusques*, aux *grands efforts*, etc., il suffit de les mentionner comme ayant été admis par quelques auteurs.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer, en terminant ce paragraphe, que les recherches sur les causes de la gastralgie n'ont pas été faites rigoureusement, et qu'un travail qui aurait pour base des observations exactes et détaillées serait du plus grand intérêt. Ajoutons cependant une considération générale : c'est qu'il est bien constaté que les gastralgies rebelles et de longue durée, celles pour lesquelles les malades réclament particulièrement les secours de la médecine, sont produites par les débilitants, par les chagrins violents et prolongés, ou bien surviennent dans des conditions particulières de l'organisme, comme dans la chlorose, dans la leucorrhée, et parfois dans la grossesse. Ce sont surtout celles-là qui font naître l'hypochondrie. Quant aux autres, et surtout à celles qui se sont développées sous l'influence des substances ingérées, elles sont ordinairement passagères, quelque degré de violence qu'elles aient d'ailleurs.

§ III. — Symptômes.

On a distingué dans la gastralgie plusieurs degrés. Schmidtmann et Barras insistent pour que l'on tienne compte de ces divers degrés, qui sont fondés sur la nature ou sur l'intensité des symptômes. Il est certain que, suivant les différents cas, la gastralgie se présente avec un appareil de symptômes variables. J'ai déjà dit plus haut que, d'après la marche de la maladie, on ne pouvait pas refuser une place dans la description de cette maladie à certains troubles nerveux de la digestion. Portés à un degré un peu plus haut, ces troubles nerveux, en effet, deviennent une gastralgie évidente. Les cas de ce genre me paraissent devoir être décrits sous le nom de *digestion laborieuse* ou *troubles nerveux de la digestion*, état auquel on a donné le nom de *dyspepsie*. C'est principalement, en effet, pendant que la digestion s'accomplit que se produisent les phénomènes qui caractérisent cet état. Viennent ensuite les cas dans lesquels la perturbation est plus permanente, et où il existe des vomissements, souvent à une époque assez éloignée des repas. Restent enfin ceux où des douleurs plus ou moins vives, des sensations diverses

sont éprouvées dans la région épigastrique; mais ces deux derniers ordres de faits me paraissent devoir être confondus, parce qu'il est extrêmement fréquent de voir, dans les observations, ces divers symptômes se réunir ou se remplacer à de courts intervalles. Je crois qu'il serait plus important pour la pratique de distinguer les cas dans lesquels il se produit une gastralgie passagère, quoique vive, et dont la cause est presque toujours l'action des aliments ou des boissons sur l'estomac, de ceux où l'affection, survenue moins brusquement et sous l'influence de causes moins évidentes, est permanente et rebelle. On pourrait désigner la première espèce sous le nom de *gastralgie aiguë*, et la seconde sous le nom de *gastralgie chronique.* Il me suffira d'en indiquer les particularités dans le cours de cet article.

1° *Digestion laborieuse causée par un trouble nerveux de l'estomac. Dyspepsie.* Il faut distinguer avec soin cet état, de la véritable *indigestion.* Il est très commun de rencontrer des sujets qui, sans avoir fait aucun excès, sans avoir pris d'aliments indigestes, éprouvent, soit fréquemment, soit à des intervalles éloignés, un trouble nerveux de l'estomac assez notable: une pesanteur à la région épigastrique, un état de malaise général, parfois des développements de gaz qui distendent l'épigastre et donnent à cette région un son tympanique. Tels sont ces troubles, qui, du reste, n'empêchent pas la digestion de s'accomplir, et qui, au bout d'un temps peu considérable, laissent le malade dans son état normal.

Ce qui prouve qu'il y a réellement dans ces cas un trouble nerveux, c'est que, dans certaines circonstances, une douleur assez vive peut survenir, et donner à cette légère indisposition le caractère de la gastralgie. On a remarqué que les sujets les plus exposés à ces accidents sont ceux d'un tempérament nerveux, ceux qui sont affaiblis par les excès vénériens, par des pertes considérables, en un mot, qui sont dans les mêmes conditions que les sujets affectés de véritable gastralgie.

Parfois ces troubles nerveux, sans s'élever à un plus haut degré d'intensité, deviennent remarquables par leur permanence, et, bien qu'il n'y ait jamais, ou presque jamais, de véritable indigestion, on observe que les digestions sont longues, laborieuses et pénibles. Un fait que j'ai noté chez quelques individus placés dans ces conditions, et qui me paraît propre à l'état dont il s'agit, c'est que, assez souvent, immédiatement après le repas, il survient quelques coliques, et une ou plusieurs garderobes liquides, qui s'arrêtent ensuite spontanément. D'autres ont des borborygmes semblables à ceux que présentent certaines femmes nerveuses, et surtout les femmes hystériques. Enfin d'autres sont sujets aux coliques flatulentes, dont nous parlerons à l'occasion des maladies des intestins.

Absorption difficile des liquides. Il est un état particulier qui se rapproche de la digestion laborieuse, et que M. Chomel (1) a désigné sous le nom de *dyspepsie s'exerçant uniquement sur les liquides.* En pareil cas, on éprouve une sensation de gêne, de pesanteur à l'épigastre, et l'on sent un *bruit de glou-glou* dans les grands mouvements du tronc. J'ai maintes fois rencontré cet état pathologique, et j'ai toujours vu que c'étaient les *liquides aqueux* qui le causaient. C'est en particulier ce que j'ai observé récemment sur un homme vigoureux et d'une bonne constitution. Les sensations précédentes étaient fort incommodes pour lui, et de plus, il ne pouvait pas rester couché sur le dos; son sommeil était pénible; il était obligé de se

(1) *Leçons cliniques* (*Union médic.*, 7 mars 1850).

relever fréquemment. Sa santé d'ailleurs était très bonne. J'appris qu'il ne buvait que de l'eau. Je conseillai simplement le vin, et immédiatement tous les accidents cessèrent. Ce fait porte son instruction avec lui.

2° *Gastralgie proprement dite.* Les symptômes de la gastralgie sont remarquables par le grand nombre de nuances qu'ils présentent : cette remarque a été faite par tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection, et en particulier par Schmidtmann ; cependant je crois qu'on a exagéré cette variabilité des symptômes ; car, ainsi que nous le verrons plus loin, il n'est pas difficile de les rattacher à un lien commun.

Début. Il est rare, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, que la maladie se développe brusquement ; on voit, au contraire, dans la plupart des observations, que très fréquemment il y a eu, avant la production de la gastralgie confirmée, une certaine série de symptômes qui ont plus ou moins fatigué les malades : c'est d'abord la difficulté de la digestion, dont je viens de parler, et qui a été notée avec soin chez neuf malades sur quinze, chez lesquels on l'a recherchée. D'autres, en plus petit nombre, étaient sujets à des douleurs épigastriques plus ou moins fréquentes ; trois seulement vomissaient pour la plus légère cause. Un se plaignait d'éprouver depuis longtemps un peu de suffocation et des spasmes du côté de la poitrine ; un autre, avec une douleur dans la poitrine, n'éprouvait qu'un sentiment de pesanteur à l'épigastre. Enfin, dans deux observations, il est dit que les malades ont eu, pendant quelques jours, des symptômes d'embarras gastrique avant le développement de la gastralgie.

Peut-on regarder les symptômes que je viens d'énumérer comme de véritables *symptômes précurseurs ?* Si l'on considère que ces phénomènes appartiennent tous à la gastralgie, on sera plutôt porté à admettre que cette affection existait déjà à un degré supportable, lorsqu'une aggravation notable des accidents a forcé les malades à recourir aux secours de la médecine : d'où il résulte que la gastralgie peut d'abord se montrer avec un appareil de symptômes peu graves, paraître et disparaître à des intervalles variés, faire des progrès lents, et finir enfin, après un temps souvent assez long, par atteindre un haut degré de violence.

Le *début subit*, que j'ai dit plus haut se montrer rarement, a eu lieu dans un cas où aucune cause efficiente appréciable ne l'avait provoqué ; mais il est moins rare de voir une douleur violente de l'estomac, avec des troubles digestifs plus ou moins marqués, se développer subitement à la suite de l'ingestion des substances qui produisent la gastralgie ; c'est ce qui peut avoir lieu dans un état de parfaite santé, mais ce qu'on observe plus communément chez les sujets débilités, chlorotiques, qui néanmoins, jusqu'au moment de l'apparition de ces symptômes, n'éprouvaient pas de trouble appréciable du côté de l'estomac.

Symptômes. La *douleur* est le principal symptôme de la gastralgie. Parmi les observations que j'ai rassemblées, elle n'a été notée que vingt-trois fois ; mais on se tromperait si l'on croyait que c'est là le chiffre réel ; car, dans plusieurs de ces observations trop laconiques, on s'est contenté de dire que tous les symptômes de la gastralgie avaient été constatés.

Il faut encore distinguer ici avec soin la *douleur spontanée* de la *douleur à la pression*, car c'est un point très important pour le diagnostic. La *douleur spontanée* est celle qui se montre presque exclusivement. Rarement elle est légère ; presque

toujours elle est vive, et parfois atroce. Elle était insupportable chez quatre des sujets dont j'ai rapporté les observations : elle avait alors le caractère de ce qu'on a appelé *coliques d'estomac*, dénomination sous laquelle on a confondu la plupart des douleurs vives qui se manifestent à la région épigastrique.

Si l'on interroge les malades pour savoir quelle est la nature de la douleur qu'ils éprouvent, on obtient des réponses diverses : l'un la compare à la sensation d'un *fer rouge*, l'autre à un *tortillement*, l'autre à une *constriction violente*, etc.; nous trouvons, en un mot, ici toutes les sensations diverses notées dans les douleurs nerveuses, et que j'exposerai en détail à l'occasion des névralgies.

Parfois ces douleurs sont continues; mais c'est là le cas le plus rare, puisque nous ne trouvons que trois sujets qui se soient plaints de souffrances continuelles, et encore faut-il remarquer que chez eux il y avait une augmentation plus ou moins notable des douleurs, soit immédiatement après l'ingestion des aliments, soit dans le cours de la digestion. Dans les autres cas, les malades éprouvaient un répit plus ou moins long et plus ou moins répété dans les vingt-quatre heures. C'est surtout après le repas que la douleur spontanée se fait sentir avec violence. Elle est souvent portée à un si haut degré, que les malades n'osent plus se permettre la plus petite quantité d'aliments, ce qui ne fait qu'augmenter encore la sensibilité exaltée de l'estomac.

Le *siége de cette douleur* est à l'épigastre, qu'elle occupe dans une étendue toujours assez considérable. Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette maladie ont voulu fixer ce siége exclusivement au *cardia;* mais l'observation a prouvé que cet orifice n'était pas plus affecté que le reste de l'étendue de l'estomac.

J'ai dit plus haut que les douleurs étaient ordinairement vives ; j'ajoute ici que parfois elles le sont au point que les malades changent à chaque instant de position, prennent des postures bizarres, se couchent sur le ventre, en travers du lit, etc. Les cas de ce genre sont rares, et les douleurs de cette violence sont ordinairement passagères. On doit même admettre que, dans certains cas rapportés par les auteurs, il y avait, non une simple gastralgie, mais une affection des organes voisins, du foie, par exemple, ou des nerfs intercostaux.

Dans un seul cas, la douleur était *exaspérée par la pression ;* elle était alors atroce. Chez un autre sujet, au contraire, la pression déterminait un soulagement marqué. Il résulte de cela que la douleur provoquée n'a qu'une très faible importance dans la gastralgie. Cependant c'est ici le lieu de faire remarquer que plusieurs sujets ne peuvent supporter le contact d'un corps étranger sur l'estomac, qu'ils sont obligés d'en éloigner même les couvertures du lit, que les femmes en particulier ne peuvent plus mettre leur corset, ce qui les force souvent à rester renfermées ; mais il y a plutôt, dans ces cas, appréhension de la part des malades et irritabilité de la région épigastrique, que véritable douleur.

Enfin, sans qu'il y ait de douleur véritable, il y a des *sensations particulières* qui ne laissent pas d'être incommodes. Un sujet se plaignait d'éprouver dans l'estomac la sensation de la *marche d'un reptile ;* un autre y sentait comme un *corps étranger ;* d'autres enfin éprouvent tantôt une simple pesanteur avec malaise, tantôt une véritable douleur, et tantôt les sensations particulières que je viens de mentionner. Plusieurs, chez lesquels les liquides *passent* difficilement, et qui ont l'estomac dis

tendu par des gaz, entendent un *bruit de glouglou* à chaque mouvement. Ce bruit en effraie plusieurs qui en tirent des conséquences fâcheuses; ils se croient hydropiques, etc. C'est ce qui arrive, surtout chez les hypochondriaques. Barras a cité plusieurs cas de ce genre dans lesquels existe cette *absorption difficile des liquides* dont j'ai parlé plus haut.

Quoique la douleur ait son siége spécial à l'épigastre, elle peut néanmoins s'étendre au delà. C'est ainsi que chez sept sujets sur onze, chez lesquels on a recherché la douleur ailleurs que dans cette région, on a vu qu'elle se prolongeait vers la région dorsale ou dans les deux hypochondres. Lorsque ces observations ont été prises, on ne connaissait pas la névralgie intercostale, ou l'on en avait une idée fort imparfaite. On ne peut donc pas s'assurer si cette névralgie existait dans la plupart des cas dont il s'agit. Quant à moi, j'en ai constaté parfaitement l'existence, et, chose remarquable, j'ai pu quelquefois la faire disparaître par un traitement approprié, sans diminuer en rien les symptômes gastriques. M. Thirial a publié un cas semblable dans le *Journal de médecine*.

Les auteurs n'ont noté l'état de l'*appétit* que dans douze cas, et cependant c'est là un des symptômes les plus importants de la maladie. Dans ces douze cas, on trouve que jamais l'appétit n'était perdu; que deux fois seulement il a été un peu moindre que dans l'état de santé pendant le cours de la gastralgie; que chez deux autres sujets, au contraire, il s'est parfaitement maintenu, et que chez les autres, enfin, il était variable, tantôt diminué d'une manière notable, tantôt complétement perdu, tantôt revenant presque entièrement à son état normal. Cette grande variabilité de l'appétit est très importante à noter, car on ne la retrouve dans aucune autre des affections de l'estomac.

Chez quelques sujets, l'*augmentation de l'appétit* était, au contraire, considérable, surtout à certaines époques. C'est aux cas de ce genre qu'on a donné le nom de *boulimie*, symptôme décrit autrefois comme une maladie. Il n'est pas rare de voir cette boulimie remplacée, au bout d'un temps variable, par une diminution considérable ou une perte complète de l'appétit.

On a beaucoup parlé des perversions de l'appétit, désignées sous les noms de *pica* et de *malacia*, comme symptômes de la gastralgie. Il est bien remarquable que dans toutes les observations que j'ai rassemblées il ne soit nullement fait mention de cette perversion. Cependant on ne peut pas douter que chez certains sujets le pica et la malacia ne soient unis à une gastralgie évidente : c'est ce qu'on observe principalement chez les chlorotiques et les anémiques. Je crois en avoir parlé suffisamment, quoique en peu de mots, dans l'histoire de la *chlorose*, à laquelle je renvoie le lecteur. Dans aucun cas il n'y a eu ce dégoût pour les aliments, que l'on observe dans les autres affections de l'estomac, et notamment dans l'embarras gastrique.

La *soif* est rarement vive. Dans quatre cas néanmoins elle a été notée telle; mais on n'a pas suffisamment indiqué s'il y avait eu un rapport réel entre ce symptôme et l'emploi de quelque médication particulière. D'ailleurs ce n'est que momentanément que la soif est devenue intense. Chez tous les autres sujets, elle était nulle, et un malade avait même du dégoût pour toute espèce de boisson. Loin de rechercher les liquides acidulés, plusieurs sujets les redoutaient; mais peut-être était-ce plutôt par les idées qu'ils se faisaient de la maladie que par les mauvais effets qu'ils en avaient éprouvés.

Il est beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le supposer d'observer des *vomissements* dans le cours de la gastralgie. C'est un des symptômes, en effet, qu'on a recherchés avec le plus de soin, et cependant ils n'ont été observés que dix fois sur trente-sept cas que j'ai rassemblés. En outre, ces vomissements, au lieu de persister pendant longtemps, comme cela a lieu dans la gastrite chronique et dans le cancer, par exemple, peuvent n'exister qu'à des intervalles assez éloignés, tantôt se montrant pendant plusieurs jours de suite, tantôt restant un espace de temps assez long sans se produire. Le plus souvent les vomissements qui ont lieu après le repas sont composés des aliments qui viennent d'être pris. Chez quelques sujets, au contraire, les vomissements ont lieu le matin, et alors ils sont composés de mucosités plus ou moins épaisses, mêlées ou non à une petite quantité de bile. Ces derniers vomissements ne se sont montrés que quatre fois dans les trente-sept observations, mais j'ai eu récemment occasion d'observer deux cas de gastralgie dans lesquels les vomissements muqueux se sont produits tous les matins pendant plusieurs jours de suite.

Il est rare qu'il y ait des *nausées* sans vomissements; c'est cependant ce qui avait lieu chez deux sujets dont j'ai les observations sous les yeux, et dont l'un avait des nausées continuelles. Ces nausées surviennent après le repas, et quelquefois c'est pour les faire cesser, ainsi que la pesanteur épigastrique ou la douleur, que les malades provoquent eux-mêmes le vomissement.

Des *rapports* plus ou moins fréquents se manifestent chez un certain nombre de sujets; ils sont *nidoreux* ou plus souvent *acides* et *âcres*. Dans les cas où ces rapports âcres existent, on dit qu'il y a *pyrosis*, symptômes que l'on a également décrits pendant longtemps comme une affection distincte et qui appartient à plusieurs maladies très différentes de l'estomac. Les malades sentent remonter le long de l'œsophage un corps d'une saveur âcre qui vient se fixer à l'arrière-gorge, et qui détermine une sensation brûlante comparée à celle d'un fer rouge promené sur ces parties : de là le nom de *pyrosis*. Quelquefois ces rapports sont amers et comme bilieux. Chez d'autres sujets il n'y a que de simples *éructations ;* mais ces éructations sont parfois très fréquentes et très incommodes.

Enfin on a noté l'existence d'un *hoquet* très fatigant, et c'est ce qui avait lieu dans deux des cas que j'ai rassemblés.

Les divers symptômes que je viens de passer en revue peuvent exister séparément; mais il est ordinaire de les voir réunis en assez grand nombre chez le même individu, et parfois même ils existent tous ensemble. On voit par là que la gastralgie ne diffère pas aussi sensiblement qu'on a voulu le dire des autres affections par la variabilité de ses symptômes; car il n'est guère de maladies dans lesquelles on trouve constamment réunis les divers phénomènes qui les caractérisent.

Si nous examinons maintenant ce qui se passe dans les autres parties du tube digestif, nous avons d'abord à considérer *l'état de la langue*. Cet état n'a été constaté que chez un petit nombre de sujets (seize). Il n'a en général pas été le même à toutes les époques de la maladie. Ordinairement on trouve la langue naturelle, large, humide, sans enduit. Chez quatre sujets seulement, elle a présenté un peu de rougeur au bord, mais pendant un temps assez court et à des intervalles variables; une seule fois elle était habituellement sèche à une époque avancée de la ma-

adie. Chez les autres sujets, elle était baignée d'une salive écumeuse et abondante, et chez huit elle était couverte, surtout le matin, d'un enduit blanc jaunâtre qui inquiétait beaucoup les malades affectés d'hypochondrie. Sauf cette dernière circonstance, il n'y a rien, comme on le voit, de véritablement important dans l'état de la langue.

Du côté des intestins, on trouve un certain nombre de symptômes qui, bien que n'existant pas dans tous les cas, ont une importance réelle. Chez la plupart des sujets, on observe une *constipation* ordinairement opiniâtre, et souvent avec difficulté de la défécation : c'est ce qui a été noté dans quatorze cas sur dix-huit où l'on a recherché l'état des selles. Cette constipation s'accompagne fréquemment d'un développement plus ou moins considérable de gaz dans l'intestin, de *flatuosités* incommodes. Ces flatuosités existent, dans un petit nombre de cas, en même temps que le *gonflement* et la *tension du ventre ;* parfois aussi il y a des *coliques* qui ne sont pas suivies de diarrhée, et qui paraissent dues ordinairement au développement des gaz dans les intestins.

Chez quelques sujets, ainsi que je l'ai dit plus haut, des coliques suivies de *selles liquides* se montrent parfois immédiatement après le repas. Parfois aussi on a vu survenir des *selles muqueuses sanguinolentes*, *âcres*, *corrodant l'anus*. Mais alors une véritable entérite était venue se joindre à la maladie principale. Cette entérite n'a pas tardé à se dissiper. En somme, la constipation, les flatuosités et parfois quelques coliques nerveuses, sont les seuls symptômes abdominaux de quelque importance.

Les effets de la maladie sur le reste de l'organisme se montrent principalement dans le système nerveux. C'est ainsi qu'on a remarqué, chez un certain nombre de malades, l'*hypochondrie*. On observe une *tristesse profonde* qui allait jusqu'à une tendance à pleurer, au découragement, au dégoût de la vie chez quatre sujets : chez l'un d'eux, on nota même un *penchant au suicide*. L'*aptitude au travail* est généralement perdue, et cependant les *facultés intellectuelles* restent intactes.

Un petit nombre de sujets (trois) éprouve une *agitation* assez considérable ; dans une observation citée par Barras, on voit que le malade était en proie à des angoisses cruelles. Cependant le *sommeil* est généralement bon, et il faut, pour qu'il soit troublé, que la maladie soit portée au plus haut degré ; c'est ce qui avait lieu chez trois des sujets dont j'ai rassemblé les observations.

Quant au *délire furieux*, aux *dangers imaginaires* et autres *aberrations passagères de l'intelligence*, ce sont des phénomènes accidentels qui ne méritent pas de nous arrêter, car ils n'ont été observés que chez un seul malade.

Enfin, on a constaté l'existence d'une *céphalalgie* ordinairement légère, mais qui était extrêmement vive chez un sujet, et qui s'accompagnait de vertiges chez un autre. Cette douleur de tête n'existe pas constamment, ou du moins présente des exacerbations notables. Chez un malade, les *sens* du goût et de l'odorat étaient extrêmement exaltés. Un autre était sujet aux *lipothymies :* en un mot, on observe des phénomènes nerveux très variables.

La *face* reste bien rarement naturelle pendant tout le cours de la maladie. Dans la grande majorité des cas où on l'a décrite, elle était remarquable par son air d'abattement et parfois de souffrance. Elle est ordinairement pâle. Dans deux cas on l'a trouvée basanée, et dans deux autres un peu jaune, mais ne présentant pas

Il est beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le supposer d'observer des *vomissements* dans le cours de la gastralgie. C'est un des symptômes, en effet, qu'on a recherchés avec le plus de soin, et cependant ils n'ont été observés que dix fois sur trente-sept cas que j'ai rassemblés. En outre, ces vomissements, au lieu de persister pendant longtemps, comme cela a lieu dans la gastrite chronique et dans le cancer, par exemple, peuvent n'exister qu'à des intervalles assez éloignés, tantôt se montrant pendant plusieurs jours de suite, tantôt restant un espace de temps assez long sans se produire. Le plus souvent les vomissements qui ont lieu après le repas sont composés des aliments qui viennent d'être pris. Chez quelques sujets, au contraire, les vomissements ont lieu le matin, et alors ils sont composés de mucosités plus ou moins épaisses, mêlées ou non à une petite quantité de bile. Ces derniers vomissements ne se sont montrés que quatre fois dans les trente-sept observations; mais j'ai eu récemment occasion d'observer deux cas de gastralgie dans lesquels les vomissements muqueux se sont produits tous les matins pendant plusieurs jours de suite.

Il est rare qu'il y ait des *nausées* sans vomissements; c'est cependant ce qui avait lieu chez deux sujets dont j'ai les observations sous les yeux, et dont l'un avait des nausées continuelles. Ces nausées surviennent après le repas, et quelquefois c'est pour les faire cesser, ainsi que la pesanteur épigastrique ou la douleur, que les malades provoquent eux-mêmes le vomissement.

Des *rapports* plus ou moins fréquents se manifestent chez un certain nombre de sujets; ils sont *nidoreux* ou plus souvent *acides* et *âcres*. Dans les cas où ces rapports âcres existent, on dit qu'il y a *pyrosis*, symptômes que l'on a également décrits pendant longtemps comme une affection distincte et qui appartient à plusieurs maladies très différentes de l'estomac. Les malades sentent remonter le long de l'œsophage un corps d'une saveur âcre qui vient se fixer à l'arrière-gorge, et qui détermine une sensation brûlante comparée à celle d'un fer rouge promené sur ces parties : de là le nom de *pyrosis*. Quelquefois ces rapports sont amers et comme bilieux. Chez d'autres sujets il n'y a que de simples *éructations ;* mais ces éructations sont parfois très fréquentes et très incommodes.

Enfin on a noté l'existence d'un *hoquet* très fatigant, et c'est ce qui avait lieu dans deux des cas que j'ai rassemblés.

Les divers symptômes que je viens de passer en revue peuvent exister séparément; mais il est ordinaire de les voir réunis en assez grand nombre chez le même individu, et parfois même ils existent tous ensemble. On voit par là que la gastralgie ne diffère pas aussi sensiblement qu'on a voulu le dire des autres affections par la variabilité de ses symptômes; car il n'est guère de maladies dans lesquelles on trouve constamment réunis les divers phénomènes qui les caractérisent.

Si nous examinons maintenant ce qui se passe dans les autres parties du tube digestif, nous avons d'abord à considérer *l'état de la langue*. Cet état n'a été constaté que chez un petit nombre de sujets (seize). Il n'a en général pas été le même à toutes les époques de la maladie. Ordinairement on trouve la langue naturelle, large, humide, sans enduit. Chez quatre sujets seulement, elle a présenté un peu de rougeur au bord, mais pendant un temps assez court et à des intervalles variables; une seule fois elle était habituellement sèche à une époque avancée de la ma-

ladie. Chez les autres sujets, elle était baignée d'une salive écumeuse et abondante, et chez huit elle était couverte, surtout le matin, d'un enduit blanc jaunâtre qui inquiétait beaucoup les malades affectés d'hypochondrie. Sauf cette dernière circonstance, il n'y a rien, comme on le voit, de véritablement important dans l'état de la langue.

Du côté des intestins, on trouve un certain nombre de symptômes qui, bien que n'existant pas dans tous les cas, ont une importance réelle. Chez la plupart des sujets, on observe une *constipation* ordinairement opiniâtre, et souvent avec difficulté de la défécation : c'est ce qui a été noté dans quatorze cas sur dix-huit où l'on a recherché l'état des selles. Cette constipation s'accompagne fréquemment d'un développement plus ou moins considérable de gaz dans l'intestin, de *flatuosités* incommodes. Ces flatuosités existent, dans un petit nombre de cas, en même temps que le *gonflement* et la *tension du ventre ;* parfois aussi il y a des *coliques* qui ne sont pas suivies de diarrhée, et qui paraissent dues ordinairement au développement des gaz dans les intestins.

Chez quelques sujets, ainsi que je l'ai dit plus haut, des coliques suivies de *selles liquides* se montrent parfois immédiatement après le repas. Parfois aussi on a vu survenir des *selles muqueuses sanguinolentes, âcres, corrodant l'anus.* Mais alors une véritable entérite était venue se joindre à la maladie principale. Cette entérite n'a pas tardé à se dissiper. En somme, la constipation, les flatuosités et parfois quelques coliques nerveuses, sont les seuls symptômes abdominaux de quelque importance.

Les effets de la maladie sur le reste de l'organisme se montrent principalement dans le système nerveux. C'est ainsi qu'on a remarqué, chez un certain nombre de malades, l'*hypochondrie.* On observe une *tristesse profonde* qui allait jusqu'à une tendance à pleurer, au découragement, au dégoût de la vie chez quatre sujets : chez l'un d'eux, on nota même un *penchant au suicide.* L'*aptitude au travail* est généralement perdue, et cependant les *facultés intellectuelles* restent intactes.

Un petit nombre de sujets (trois) éprouve une *agitation* assez considérable ; dans une observation citée par Barras, on voit que le malade était en proie à des angoisses cruelles. Cependant le *sommeil* est généralement bon, et il faut, pour qu'il soit troublé, que la maladie soit portée au plus haut degré ; c'est ce qui avait lieu chez trois des sujets dont j'ai rassemblé les observations.

Quant au *délire furieux*, aux *dangers imaginaires* et autres *aberrations passagères de l'intelligence*, ce sont des phénomènes accidentels qui ne méritent pas de nous arrêter, car ils n'ont été observés que chez un seul malade.

Enfin, on a constaté l'existence d'une *céphalalgie* ordinairement légère, mais qui était extrêmement vive chez un sujet, et qui s'accompagnait de vertiges chez un autre. Cette douleur de tête n'existe pas constamment, ou du moins présente des exacerbations notables. Chez un malade, les *sens* du goût et de l'odorat étaient extrêmement exaltés. Un autre était sujet aux *lipothymies :* en un mot, on observe des phénomènes nerveux très variables.

La *face* reste bien rarement naturelle pendant tout le cours de la maladie. Dans la grande majorité des cas où on l'a décrite, elle était remarquable par son air d'abattement et parfois de souffrance. Elle est ordinairement pâle. Dans deux cas on l'a trouvée basanée, et dans deux autres un peu jaune, mais ne présentant pas

si elle a été longtemps entretenue par un mauvais traitement et par un mauvais régime, elle exige presque toujours, pour se *terminer* favorablement, un traitement approprié.

La gastralgie peut-elle causer la mort? D'après les faits que j'ai sous les yeux, on ne saurait répondre affirmativement à cette question. Cependant quelques auteurs, et Barras en particulier, ont cité un certain nombre de cas dans lesquels il y a eu une terminaison fatale ; mais si l'on examine les observations, on voit bientôt que les troubles nerveux de l'estomac ne constituaient pas, en pareil cas, toute la maladie : il y avait une autre affection plus importante, sous l'influence de laquelle se sont produits ces troubles digestifs, et qui a emporté les malades. Cependant il est permis de penser qu'une gastralgie qui réduit les sujets à ne prendre que quelques cuillerées de tisane peut finir par détériorer complétement la constitution et par amener la mort par inanition. D'un autre côté, l'état de faiblesse dans lequel la gastralgie, portée à un haut degré, plonge les sujets, les met dans des circonstances favorables à contracter d'autres maladies, notamment des phlegmasies, qui, en pareil cas, sont généralement beaucoup plus graves.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce que je viens de dire de la terminaison de la maladie semble me dispenser complétement de parler des lésions anatomiques.

Cependant quelques auteurs, et en particulier J. Frank, ont cité comme s'étant montrées à la suite de la gastralgie des altérations plus ou moins profondes des tissus de l'estomac : ces altérations sont l'ulcère, l'inflammation et même le cancer. Mais il y a eu évidemment confusion; car en admettant même que, dans quelques uns des cas cités par Frank, les douleurs observées pendant la vie étaient réellement nerveuses, il faudrait reconnaître tout simplement que l'ulcère, le cancer, les lésions produites par un corps étranger, etc., s'étaient compliqués de symptômes gastralgiques. Il est inutile d'insister sur ce point : il suffit de dire que ce qui caractérise précisément la gastralgie après la mort, c'est l'absence de toute espèce de lésion dans l'estomac. On a quelquefois trouvé dans les nerfs qui se rendent à cet organe quelques altérations qu'on a dû regarder comme la cause prochaine des douleurs nerveuses. Ces cas sont à la gastralgie simple ce que la névralgie causée par une lésion des nerfs (névralgie anomale de Chaussier) est à la névralgie proprement dite.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La description précédente nous permettra de comparer d'une manière utile la gastralgie avec les affections de l'estomac dont j'ai donné l'histoire. Et d'abord, pour établir convenablement cette comparaison, il faut distinguer les cas de gastralgie passagère, que j'ai désignées sous le nom de *gastralgie aiguë*, et les cas de gastralgie permanente.

Les premiers, par la rapidité de leur marche, pourraient être confondus avec a *gastrite aiguë légère* et avec l'*embarras gastrique*. On les distingue de ce dernier état morbide aux caractères suivants : Dans la gastralgie, le principal symptôme est la douleur de l'estomac : il n'y a pas de dégoût pour les aliments, pas de céphalalgie ; les nausées, quand elles existent, ne se manifestèrent guère que pen-

dant le travail de la digestion ou le matin. Dans l'embarras gastrique, au contraire, l'appétit est perdu ; il peut même y avoir dégoût pour les aliments ; on constate parfois des nausées fréquentes, et enfin on note une céphalalgie sus-orbitaire plus ou moins incommode. Ce diagnostic est important, puisqu'il détermine l'emploi des moyens curatifs si efficaces dans l'embarras gastrique.

La gastralgie se distingue de la *gastrite aiguë* par la conservation de l'appétit et par l'absence de la fièvre. La douleur à la pression est souvent nulle dans l'affection gastrique nerveuse : nous avons vu qu'elle est un des caractères de la gastrite. Dans la première, s'il y a des vomissements, ce sont des vomissements d'aliments ou de mucosités, et ces évacuations sont rares. La gastrite a, au contraire, pour caractère, des vomissements bilieux répétés.

On pourrait confondre la gastralgie de longue durée avec la *gastrite chronique*. Mais si l'on se rappelle que cette dernière se montre principalement comme complication d'une autre maladie ; que, dès le début, elle donne lieu à des vomissements bilieux ou de matières alimentaires, ayant lieu à de courts intervalles ; qu'il y a sensibilité de l'épigastre à la pression ; que la douleur spontanée est moins vive, en général, et ne se produit pas à des intervalles variés, comme dans la gastralgie, on arrivera assez facilement à distinguer ces affections. Cependant nous avons déjà dit que les cas où les symptômes de la gastrite chronique étaient peu marqués se rencontraient quelquefois. En suivant les deux maladies dans leur marche, on peut alors lever les difficultés. Il n'est pas rare, en effet, de voir dans le cours d'une gastralgie, certains intervalles de calme qui sont moins marqués dans la gastrite chronique. Celle-ci, d'ailleurs, fait des progrès beaucoup plus rapides et ne se prolonge pas pendant plusieurs années, comme une simple gastralgie. Ce seul fait d'une existence très prolongée d'une affection gastrique douloureuse doit faire écarter l'idée d'une gastrite chronique, dont on n'admettait autrefois l'existence que par un défaut d'observation.

J'ai dit plus haut ce qui rendait difficile la comparaison de l'*ulcère de l'estomac* avec les autres maladies gastriques. Cependant, relativement à l'affection qui nous occupe, le diagnostic peut être porté avec une assez grande exactitude. Dans l'ulcère de l'estomac, les douleurs peuvent être vives et simuler des douleurs nerveuses ; mais le défaut absolu d'appétit, les vomissements beaucoup plus fréquents après l'ingestion des matières alimentaires, les progrès beaucoup plus rapides de la maladie, pourront mettre sur la voie du diagnostic. Dans les cas où il survient un vomissement de matières noires ou de sang pur, l'erreur n'est pas à craindre, car jamais on n'a observé ce symptôme dans la simple gastralgie. Il ne faut pas toutefois se dissimuler que ce diagnostic présente quelques obscurités, ce qui tient évidemment à la description un peu vague que les auteurs nous ont donnée de l'ulcère simple de l'estomac.

La distinction entre la gastralgie et le *cancer* ne présente de difficultés que dans certaines circonstances : c'est lorsqu'il n'y a ni tumeur, ni rénitence à l'épigastre, ni dilatation de l'estomac, ni vomissement de sang ou de matières noires. Ces cas, comme on le sait, ne sont pas les plus fréquents. Les vomissements d'aliments non digérés, qui ont lieu au bout d'un temps assez long dans les cas de cancer ; le dépérissement plus ou moins profond qui se montre alors même que les malades ne sont pas soumis à un régime sévère ; l'amaigrissement, qui fait toujours des progrès

notables; la cachexie cancéreuse; la moins grande tendance des malades à la tristesse et au découragement, sont les signes propres à mettre sur la voie. La marche toujours croissante de la maladie, qui force les malades à s'aliter, ne laisse plus aucun doute à une certaine époque.

La gastralgie consiste principalement dans une douleur spontanée plus ou moins vive. Pourrait-on la confondre avec des douleurs nerveuses qui auraient leur siége à l'épigastre? Il est difficile d'admettre la possibilité de cette confusion, lorsque l'estomac n'est pas troublé dans ses fonctions. Dans la *névralgie intercostale* (1), par exemple, des douleurs vives, que l'on a fréquemment rangées parmi les crampes d'estomac, peuvent occuper la région épigastrique; mais il y a en même temps un point douloureux à la pression, d'autres points semblables se montrent dans le trajet du nerf, et, en outre, il n'y a pas, à moins de complications, de vomissements, d'éructations fréquentes, etc. Le diagnostic devient beaucoup plus difficile lorsque la névralgie intercostale et la gastralgie existent en même temps; j'ai observé quelques cas de ce genre, et j'en ai actuellement un sous les yeux à l'hôpital de la Pitié. L'existence des points névralgiques fera reconnaître la douleur intercostale, et les troubles digestifs dénoteront l'affection gastrique. De plus, il n'est pas difficile de faire disparaître la névralgie intercostale, qui, dans les cas que j'ai observés, s'est dissipée seule, laissant la gastralgie modifiée ou non par le traitement. Le cas étant alors réduit à son état de simplicité, le diagnostic est tel que nous l'avons indiqué plus haut.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la gastralgie aiguë et de l'embarras gastrique.*

GASTRALGIE AIGUE.	EMBARRAS GASTRIQUE.
Douleur vive de l'estomac.	*Gêne, plutôt que douleur* épigastrique.
Appétit *conservé.*	Appétit *perdu*, ou même dégoût pour les aliments.
Pas de céphalalgie, à moins de complication.	Souvent *céphalalgie* susorbitaire.
Nausées *seulement après le repas ou le matin.*	Souvent nausées fatigantes *à diverses époques de la journée.*

2° *Signes distinctifs de la gastralgie aiguë et de la gastrite aiguë.*

GASTRALGIE AIGUE.	GASTRITE AIGUE.
Appétit *plus ou moins conservé.*	Appétit *perdu.*
Douleur à la pression *nulle ou légère.*	Douleur à la pression souvent *vive.*
Vomissements *rares* et composés de *mucosités ou d'aliments.*	Vomissements *bilieux répétés.*
Pas de fièvre.	*Mouvement fébrile* plus ou moins prononcé.

3° *Signes distinctifs de la gastralgie chronique et de la gastrite chronique.*

GASTRALGIE CHRONIQUE.	GASTRITE CHRONIQUE.
Ne complique pas ordinairement d'autres affections, si ce n'est les névroses et les affections utérines.	*Complique ordinairement* une autre affection.
Vomissements *peu fréquents* de *matières alimentaires* ou de mucosités.	Vomissements *bilieux ou de matières alimentaires à de courts intervalles.*

(1) Voy. mon *Traité des névralgies*, Paris, 1841, p. 333.

Douleurs spontanées, *souvent très vives.*	Douleurs spontanées généralement *moins vives.*
Douleur à la pression *ordinairement nulle.*	Douleur à la pression toujours *plus ou moins vive.*
Marche de la maladie *très irrégulière.*	Marche *moins irrégulière.*
Absence de fièvre, à moins de complication.	*Ordinairement fièvre* qui appartient souvent à la maladie principale.

4° *Signes distinctifs de la gastralgie chronique et de l'ulcère simple de l'estomac.*

GASTRALGIE CHRONIQUE.	ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.
Appétit *plus ou moins conservé.*	*Perte* de l'appétit.
Vomissements à une *époque plus ou moins éloignée* de l'ingestion des aliments.	Souvent vomissements *immédiatement après* l'ingestion des aliments.
Jamais de vomissements noirs ou de sang pur.	*Parfois* vomissements noirs ou de sang pur.
Progrès lents de la maladie.	Marche de la maladie *plus rapide.*

5° *Signes distinctifs de la gastralgie chronique et du cancer de l'estomac.*

GASTRALGIE CHRONIQUE.	CANCER DE L'ESTOMAC.
Ordinairement vomissements glaireux ou de matières alimentaires *peu après leur ingestion.*	Vomissements d'aliments *un temps plus ou moins long après l'ingestion.*
Dépérissement *moins rapide.*	Dépérissement *rapide.*
Pas de signes de cachexie cancéreuse.	*Signes de cachexie* cancéreuse.
Fréquemment hypochondrie.	*Moins fréquemment* hypochondrie.
Marche de la maladie *plus irrégulière.*	Marche de la maladie *plus régulièrement croissante.*

6° *Signes distinctifs de la gastralgie et des douleurs épigastriques de la névralgie intercostale.*

GASTRALGIE.	DOULEURS ÉPIGASTRIQUES DE LA NÉVRALGIE INTERCOSTALE.
Douleur à la pression *ordinairement nulle.*	Point épigastrique *douloureux à la pression.*
Pas d'élancements qui se portent vers la région dorsale ou qui en partent.	*Élancements* suivant le trajet du nerf.
Pas d'autres points douloureux dans le trajet des nerfs.	*Autres points* douloureux semblables au point épigastrique.
Troubles marqués des fonctions de l'estomac.	*Pas de troubles* fonctionnels de l'estomac.

Il n'est pas rare de voir ces deux dernières maladies exister chez le même sujet ; alors, comme je l'ai dit plus haut, ce diagnostic différentiel n'a plus la même valeur.

Pronostic. Je me suis déjà expliqué, à propos de la terminaison, sur la gravité que présente la gastralgie considérée d'une manière générale. Je me bornerai à dire ici que, lorsque cette affection survient chez les individus anémiques, chez les chlorotiques, à la suite d'un régime trop sévère, elle a de la tendance à se perpétuer, et exige ordinairement les secours de la médecine. Au reste, nous allons voir que presque toujours un traitement bien dirigé en vient facilement à bout.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la gastralgie, si l'on regarde comme des exemples de cette affection tous les faits de cardialgie rapportés par les auteurs, remonte à une époque reculée, et est extrêmement riche; mais si l'on se rappelle que les médecins antérieurs au siècle présent devaient nécessairement confondre, dans un bon nombre de cas, les diverses affections que nous avons séparées, on comprendra combien on doit être réservé dans l'emploi des médications recommandées par les auteurs. J'exposerai ici les divers médicaments prescrits, en même temps que je chercherai à en apprécier la valeur de manière à reconnaître ceux qui, d'après l'observation, sont réellement utiles.

Émissions sanguines ; émollients ; régime sévère. Ce n'est pas seulement à l'époque où régnait la médecine physiologique qu'on a mis en usage les émissions sanguines. Déjà Thoner, Fr. Hoffmann, et plusieurs autres auteurs, avaient recommandé ce moyen, mais seulement dans les cas où les individus étaient pléthoriques, ou bien dans lesquels on supposait que la maladie était due à la suppression d'un flux. Mais c'est surtout alors qu'il est douteux que le diagnostic ait été bien porté, et malheureusement le trop grand laconisme des observations ne permet pas d'éclairer ce point obscur. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *ventouses sèches sur l'épigastre*, recommandé déjà par Galien.

Dans ces dernières années, on a opposé les émissions sanguines à la gastralgie dans des cas où l'on ne peut pas douter de l'existence de cette maladie, quoique les médecins qui dirigeaient le traitement crussent avoir affaire à une véritable gastrite. La *saignée générale* n'est pas ordinairement prescrite; cependant chez trois sujets on l'a pratiquée, et chez l'un d'eux la maladie a été considérablement aggravée, les effets du remède restant nuls chez les autres. C'est ordinairement aux *sangsues* que l'on a recours; on les a appliquées, dans les cas que j'ai sous les yeux, chez douze sujets, et chez plusieurs d'entre eux elles ont été mises au nombre de soixante, quatre-vingts, cent vingt et cent cinquante à plusieurs reprises. Or, chez huit de ces sujets, l'application des sangsues a produit une aggravation souvent extrême des symptômes; chez trois, les effets ont été nuls, et chez un seul il y a eu un soulagement, mais passager et très incomplet. *Les émissions sanguines doivent donc être entièrement rejetées* du traitement de la gastralgie.

Chez presque tous les sujets dont je viens de parler, les *émollients* et un *régime sévère* ont été mis en usage en même temps que les émissions sanguines, et il faut attribuer à ces moyens une partie de l'aggravation des symptômes; car dans trois cas où ils ont été prescrits seuls, ils ont eu également pour effet de rendre la maladie plus intense.

Toutefois je dois dire qu'il ne s'agit ici que de la gastralgie spontanée, de plus ou moins longue durée, de la cardialgie chronique en un mot. Dans les cas où il survient des douleurs nerveuses de l'estomac par suite de l'ingestion des substances irritantes ou antipathiques, un régime doux et quelques boissons émollientes suffisent pour dissiper tous les symptômes. Il ne faudrait pas néanmoins insister trop longtemps sur ces moyens; car alors les émollients et le régime sévère pourraient avoir les mauvais résultats dont je viens de parler. C'est sans aucun doute ce qui est

arrivé plusieurs fois ; certains malades, effrayés de la susceptibilité de leur estomac, et croyant leur affection beaucoup plus grave, n'osent plus revenir à leur ancien régime ; ils insistent sur les moyens qui les ont d'abord soulagés, et il en résulte précisément un retour des douleurs qu'ils redoutaient. Plus persuadés encore que leur estomac est violemment irrité, ils persistent dans la médication qu'ils ont adoptée, et c'est ainsi que se produisent des gastralgies longues et rebelles. Il n'est peut-être pas d'affection dans laquelle on puisse reprendre plus hardiment son régime habituel que la *gastralgie aiguë*, ce qui est en opposition avec certaines idées théoriques, mais ce qui ressort de l'observation journalière.

Vomitifs ; purgatifs. Lorsqu'on admettait que le vomissement doit être traité par le vomissement, on a dû naturellement recourir aux vomitifs dans le traitement de la gastralgie. C'est ainsi que Wolff, J. Frank, Hecker (1), etc., recommandent un vomitif léger, et principalement l'*ipécacuanha*. J. Frank veut qu'on donne cette substance à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 centigr. chez les adultes. On a cité (2) une observation dans laquelle le *tartre stibié* à dose vomitive a fait disparaître une gastralgie des plus intenses. Je ne crois pas qu'on puisse admettre, sans de très grandes restrictions, l'opinion des auteurs que je viens de citer. N'y avait-il pas, dans les cas dont il s'agit, embarras gastrique ou même indigestion, comme dans un cas que j'ai rapporté moi-même (3) ? C'est ce qui me paraît très probable. Dans les cas que j'ai sous les yeux, les vomitifs, qui ont été employés quatre fois seulement, ont aggravé la maladie deux fois, et deux fois leur effet a été nul. Hecker, que je viens de citer, a réussi à l'aide de l'ipécacuanha; mais il faut remarquer qu'il unit cette substance à d'autres dont l'efficacité n'est pas contestable, et principalement à l'opium. Voici sa formule :

℞ Ipécacuanha..........	20 centigr.	Alun non calciné.........	80 centigr.
Opium..............		Oleo-saccharum de cèdre..	1,60 gram.

Divisez en huit paquets, dont on prendra un par heure.

Il résulte de ce qui précède que les vomitifs ne doivent pas être mis en usage dans la gastralgie, à moins qu'il n'y ait des signes d'indigestion.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *purgatifs*. Ou ils ont été mis en usage concurremment avec d'autres moyens plus efficaces, ou ils n'ont eu qu'une influence curative douteuse, si même ils n'ont pas contribué à aggraver la maladie. C'est surtout aux *drastiques* que ces reproches s'adressent. Il faut d'autant moins perdre de vue ces considérations, que la constipation souvent opiniâtre peut porter le praticien à donner des purgatifs violents et réitérés. Mais on aurait grand tort de pousser cette crainte jusqu'à l'exagération, car les cas sont très nombreux où, à l'aide de purgatifs doux, on a pu vaincre la constipation, qui est un symptôme toujours incommode, sans produire aucune aggravation dans l'état de l'estomac. On ne doit pas craindre surtout de voir la gastralgie remplacée par une de ces gastrites qu'on redoutait tant autrefois; car il n'existe pas un seul fait authentique de ce genre.

Hauff (4) recommande la *rhubarbe*, qu'il associe à deux autres médicaments que

(1) Dans *Schmidt's Rec. der best. Ærst.*, 1831.
(2) *Journal des connaissances médicales*, avril 1836.
(3) *Consid. sur la gastrite, la gastralgie, et leur traitement* (*Bull. gén. de thérap.* .
(4) *Med convers. Blatt.*, 1832.

nous allons retrouver tout à l'heure : la belladone et le sous-nitrate de bismuth. Voici sa formule :

℞ Racine de bellad. en poudre.	0,30 gram.	Extrait de réglisse..............	ââ Q. s.
Sous-nitrate de bismuth...	1,80 gram.	de pissenlit............	
Racine de rhubarbe en poud.	10 gram.		

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : 3 par jour.

Hauff assure avoir guéri par ce moyen non seulement des gastralgies très violentes et très rebelles, mais encore des indurations commençantes du pylore et du pancréas, et cette exagération évidente tend à jeter de la défaveur sur ce moyen plutôt qu'à nous le faire adopter avec confiance.

Le docteur Tod (1) veut qu'on emploie la *magnésie*, et cela dans le double but de détruire les acidités et de rendre le ventre libre. Il prescrit la poudre suivante :

℞ Magnésie blanche..........	4 gram.	Poudre de bois de quassia.	0,25 gram.

Pour un paquet. On prend chaque jour deux paquets semblables.

Antispasmodiques. Les médicaments de ce genre ont été bien plus fréquemment employés, et on le conçoit sans peine, puisqu'on a regardé la maladie comme consistant dans des spasmes et des crampes de l'estomac. Parmi ces médicaments, il n'en est aucun qu'on ait plus vivement recommandé que le *bismuth.* Déjà à la fin du dernier siècle, Odier avait prescrit contre les douleurs d'estomac le *sous-nitrate de bismuth;* plus tard, un très grand nombre d'auteurs l'ont recommandé, et parmi eux il faut citer particulièrement Hufeland, qui unit ce médicament à la *jusquiame*, Kopp (2), Laënnec (3), et enfin, dans ces derniers temps, M. Trousseau, qui a particulièrement insisté sur l'efficacité de ce remède. On l'administre à la *dose de* 1 *à* 4 *grammes*, mêlé à une *quantité égale de sucre*, que l'on prend en deux ou trois fois par jour dans une cuillerée d'eau ou de tisane. Chez les enfants il faudrait réduire la dose à 0,15 ou 0,30 grammes; mais les auteurs ne se sont généralement pas contentés de prescrire le sous-nitrate de bismuth ainsi isolé; ils l'ont associé à d'autres médicaments qui ont leur activité propre, et ont ainsi rendu impossible l'appréciation de ses effets. Kopp l'unissait ainsi qu'il suit à l'*extrait de laitue*, à la *magnésie* et à la *racine d'ipécacuanha :*

℞ Sous-nitrate de bismuth............	de 0,10 à 0,15 gram.
Extrait de laitue..................	de 0,05 à 0,10 gram.
Magnésie.........................	0,20 gram.
Racine d'ipécacuanha en poudre........	de 0,02 à 0,05 gram.
Oleo-saccharum de camomille..........	0,50 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Prendre trois ou quatre paquets semblables chaque jour.

Le docteur Schrœder (4) et Ellisen (5) ont donné des formules analogues. J'indiquerai celle de ce dernier :

(1) Dans *Schmidt's Rec. der best. Ærst.*
(2) *Beob. in Geb. der ausüb. Heilk.* Frankf., 1821.
(3) *Journal de médecine de Corvisart, Leroux et Boyer*, 1816.
(4) *Diss. de gastritide chronica*, 1835.
(5) *Journ. des conn. méd.*, 1836.

℞ Ipécacuanha en poudre.. 0,20 gram.	Opium pur............. 0,40 gram.
Sous-nitrate de bismuth précipité........... 0,30 gram.	Magnésie.............. } ââ 4 gram.
	Sucre blanc........... }

Faites une poudre. Divisez en dix-huit parties égales dont on prendra une toutes les heures.

M. Monneret recommande le sous-nitrate de bismuth, mais à dose bien plus considérable, puisqu'il la porte jusqu'à 30, 40 et 60 grammes. Je ne fais que mentionner ici cette médication, sur laquelle je reviendrai dans l'article consacré au *Vomissement nerveux* (1).

M. Artaud (2) vante les bons effets du sous-nitrate de bismuth, uni à l'extrait de belladone, qu'il administre de la manière suivante :

℞ Sous-nitrate de bismuth.... 10 gram.	Extrait de belladone....... 1 gram.

Faites quarante pilules. Dose : deux matin et soir.

L'*assa fœtida* a été recommandée principalement par Albers, qui l'unit au sous-nitrate de bismuth et à la *valériane*, ainsi qu'il suit :

℞ Assa fœtida............. 30 gram.	Huile de valériane.......... 4 gram.
Sous-nitrate de bismuth.... 4 gram.	

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes, dont on prendra cinq, huit ou dix de deux heures en deux heures.

La *valériane*, que l'on administre si fréquemment comme antispasmodique, a été, comme on le voit, prescrite dans la maladie qui nous occupe. M. Guibert (3) a principalement conseillé l'emploi de ce médicament, qu'il veut qu'on élève à haute dose. On donne l'extrait en pilules de 0,05 grammes, en commençant par *deux pilules* par jour, et en élevant graduellement la dose jusqu'à dix, et même dix-huit pilules. On peut même dépasser notablement cette dernière dose ; mais il faut surveiller avec assez de soin l'action de ce médicament. Ce que je viens de dire de la valériane s'applique à l'*aconit*, qui a été employé aussi, soit seul, soit uni à d'autres sédatifs.

Le *musc*, le *castoréum*, l'*hydrochlorate de zinc*, l'*eau de laurier-cerise*, l'*éther*, ont été également mis en usage et vivement recommandés. Il est certain que tous ces médicaments comptent des succès qui ont été signalés par plusieurs auteurs ; mais quand il s'agit de comparer leur efficacité avec celle des autres moyens mis en usage dans la gastralgie, on éprouve des difficultés insurmontables, parce que les recherches n'ont jamais été faites d'une manière comparative.

M. le docteur Klem, de Helsingaer (4), vante l'*hydrolat d'amandes amères* qu'il administre ainsi qu'il suit :

℞ Mixture apéritive (5)...... 24 gram.	Liqueur minérale anodyne d'Hoffmann............. 8 gram.
Hydrolat concentré d'amandes amères............ 8 gram.	

Mêlez. Dose : 50 à 60 gouttes quatre fois par jour.

(1) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1850.
(2) *Revue thérap. du Midi*, juillet, et *Bull. de thérap.*, 15 octobre 1850.
(3) *Rev. méd.*, 1827.
(4) *Zeitschrift für die gesammte Medicine* (extrait dans *Journ. des conn. méd.-chir.*, septembre 1844).
(5) *Teinture de rhubarbe aqueuse et tartrate de potasse liquide* mélangés à parties égales.

On voit que cette médication n'est pas simple ; il faut ajouter aussi que M. Klem emploie en même temps d'autres moyens adjuvants, et qu'il a parfois recours au *sous-nitrate de bismuth*, en sorte qu'il est difficile de distinguer la valeur réelle du médicament qu'il préconise.

Le docteur Bod (1) a principalement insisté sur la médication antispasmodique dans les douleurs d'estomac qui surviennent *chez les hystériques*, genre de cardialgie qu'il appelle *cardialgie hystérique*. Je vais indiquer ici les moyens qu'il emploie, tout en faisant remarquer que, dans la théorie de cet auteur, c'est plutôt contre l'hystérie, dont le siége lui paraît être dans l'estomac, que contre une maladie locale de cet organe, qu'est dirigé le traitement. Il prescrit d'abord la potion suivante :

℥ Teinture de rhubarbe......	30 gram.	Castoréum..............	ââ 30 gram.
Élixir viscéral d'Hoffmann (2)	ââ 15 gram.	Éther sulfurique.........	
Teinture d'écorce d'oranges.			

Mêlez. Dose : une cuillerée à thé trois fois par jour.

En même temps le docteur Bod prescrit deux ou trois lavements par jour, composés ainsi qu'il suit :

Infusé de valériane......	Q. s.	Assa fœtida........	de 4 à 8 gram.

J'ai cité cette médication qui est, comme on le voit, très compliquée, pour montrer combien était erronée l'opinion des médecins qui, dans les dernières années, croyaient que toute médication excitante devait aggraver et perpétuer les douleurs de l'estomac.

Narcotiques. Les narcotiques n'ont pas joui d'une moindre réputation, et encore aujourd'hui ils sont généralement employés. C'est surtout l'*opium* et les *sels de morphine* qui sont mis en usage soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Dans les cas que j'ai sous les yeux, l'emploi de ces médicaments a été constamment suivi d'une amélioration notable et presque toujours d'une guérison rapide. Toutefois il ne faut pas croire qu'on doive attribuer à eux seuls cette guérison ; car jamais on ne les a employés d'une manière isolée, et l'on a fait ordinairement concourir avec eux un *régime analeptique*, l'emploi de quelques *toniques* ou d'autres médicaments dont je parlerai plus loin. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'emploi des narcotiques, c'est la cessation prompte de douleurs souvent très vives et de très longue durée ; mais lorsque l'usage de ces médicaments n'est pas secondé par les moyens que je viens d'indiquer, l'apaisement des douleurs n'est que passager, et souvent on les voit se reproduire avec une intensité nouvelle. L'*opium* est donné à la dose de 0,05 à 0,10 grammes par jour. Quelques auteurs ont pensé qu'il serait plus utile de l'associer à d'autres substances, mais rien ne prouve que cette précaution soit très importante. Cependant j'indiquerai ici la formule prescrite par le docteur

(1) *Most's Encyc. der Medi.* Leipsick, 1833.

(2) Cet élixir contient un grand nombre de substances. En voici la formule d'après la *Pharmacopée universelle*, par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1840, t. II, p. 193 :

Succin..............	ââ 15 gram.	Myrrhe..................	4 gram.
Tartrate de potasse....		Eau de girofle...........	150 gram.
Quinquina...........	60 gram.	de mélisse...........	105 gram.
Cascarille............	ââ 15 gram.	de menthe..........	90 gram.
Gentiane.............			

Passez après vingt-quatre heures de digestion.

Koechlin (1), parce qu'elle renferme plusieurs substances regardées comme utiles dans la gastralgie :

℞ Semences de pavot blanc... 30 gram.	Eau commune.......... 300 gram.

Faites une émulsion. Ajoutez :

Liqueur de corne de cerf succinée 15 gram.	Huile de menthe poivrée....... 10 gouttes.
Teinture d'opium............. 8 gram.	

Dose : deux cuillerées d'heure en heure.

Le docteur Koechlin cite un fait dans lequel l'efficacité de cette préparation n'a pas été douteuse, puisqu'une gastralgie très ancienne et très opiniâtre a été promptement guérie par son administration.

M. Padioleau (2) a eu recours à l'association de l'opium et de l'aconit, et, dit-il, avec un grand succès. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Sirop de fleurs d'oranger 90 gram.	Extrait d'aconit......... 0,10 gram.
Extrait aqueux d'opium. 0,15 gram.	

Dose : une cuillerée à café, deux fois par jour, immédiatement après le repas.

Toutefois ce médecin n'a qu'une confiance limitée dans l'emploi de ce moyen, et, selon lui (3), il serait souvent insuffisant, si l'on ne lui associait d'autres moyens efficaces. Parmi ces moyens, je remarque les *frictions avec la pommade stibiée* sur la région épigastrique, composée ainsi qu'il suit :

℞ Tartre stibié......... .. 6 gram.	Axonge................. 12 gram.

Mêlez.

Cette proportion est, comme on le voit, très considérable, et l'action de cette pommade est nécessairement très active.

J'avoue que j'ai une assez grande répugnance pour ce moyen, qui cause de vives douleurs, produit souvent des plaies considérables, et laisse des cicatrices difformes. Il serait donc à désirer que M. Padioleau, pour mettre hors de doute l'efficacité de ce révulsif, nous citât des cas dans lesquels il n'a pas été employé concurremment avec l'opium, qui, presque toujours, réussit si bien tout seul.

Quelquefois le *sirop de valériane* joint à l'opium lui a mieux réussi que les préparations opiacées seules.

M. Vignes (4) joint la *mélisse* à l'opium. Il a constaté, dit-il, les admirables effets de cette médication qu'il administre de la manière suivante :

℞ Eau commune........... 60 gram.	Sirop diacode............. 30 gram.
Eau distillée de mélisse.... 30 gram.	

A prendre en deux fois.

M. Vignes donne en même temps pour tisane une infusion de mélisse.

L'efficacité de l'opium seul est tellement constatée, qu'on ne peut s'empêcher de conserver des doutes sur l'utilité de son union à la mélisse.

Les *sels de morphine*, et en particulier l'*acétate* et l'*hydrochlorate*, ont été

(1) *Hufeland's Journal*, novembre 1831.
(2) *Bull. gén. de thér.*, novembre 1842.
(3) *Bull. gén. de thér.*, septembre 1847.
(4) *Traité des névroses des voies digestives*. Paris, 1851.

prescrits d'une manière à peu près semblable. C'est ainsi que M. Sandras a vu des symptômes gastralgiques très intenses se dissiper par l'emploi de deux ou trois cuillerées à café de sirop d'acétate de morphine immédiatement après le repas. Si l'on n'a pas de sirop, il suffit de mettre 0,05 grammes d'acétate ou d'hydrochlorate de morphine dans un verre d'eau sucrée, et d'en prendre également deux ou trois cuillerées à café.

Des faits nombreux m'ont prouvé que les sels de morphine agissent très bien à dose plus faible encore. Dans un mémoire publié en 1847 (1), j'ai rapporté des observations où l'on voit des gastralgies violentes et anciennes céder à la préparation suivante :

℞ Eau distillée de tilleul. 100 gram. Acétate de morphine.. 0,05 gram.	Sirop de fleur d'oranger..... 30 gram.

Dose : une cuillerée à café immédiatement après chaque repas.

Depuis lors, j'ai eu fréquemment occasion de prescrire cette préparation, et presque toujours avec le plus grand succès.

M. le docteur Szerlecki (2) a employé avec succès, dans les gastralgies anciennes, la *codéine* de la manière suivante :

℞ Codéine............... 0,10 gram. | Sirop de gomme.......... 120 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les demi-heures pendant les accès de douleur, et toutes les quatre ou six heures dans les intervalles.

D'autres auteurs ont employé la *belladone*, le *datura*, la *jusquiame* ; mais, comme il n'est nullement démontré que ces substances aient une efficacité supérieure à celles que nous venons de mentionner, il est inutile d'entrer dans plus de détails à ce sujet.

On a voulu faire une exception en faveur du *lactucarium* et lui attribuer une certaine spécificité ; mais rien ne prouve que cette substance mérite plus que les autres les éloges qu'on lui a donnés. M. Aubergier (3) a prescrit le lactucarium soit en *pilules* à la dose de 0,30 grammes par jour, soit en *sirop* à la dose de 60 grammes. L'effet calmant de cette substance n'a pas été douteux.

Très fréquemment on emploie également les *narcotiques à l'extérieur*. Aujourd'hui, c'est surtout par la méthode endermique qu'on agit ; mais autrefois on se contentait d'appliquer sur l'épigastre des emplâtres contenant une plus ou moins grande quantité d'opium brut ou d'une autre substance narcotique. La méthode endermique mérite de beaucoup la préférence. Dans ces derniers temps, M. Rougier (4) a cité plusieurs observations où l'on voit une gastralgie souvent ancienne se dissiper promptement par l'*absorption de quelques centigrammes d'hydrochlorate de morphine*. Un petit vésicatoire placé sur l'épigastre, soit à l'aide de la pommade ammoniacale, soit au marteau, soit suivant la méthode ordinaire, est pansé tous les jours avec de 0,03 à 0,05 grammes d'hydrochlorate ou d'acétate de morphine ; et si au bout de quelques jours les douleurs ne sont pas passées, on en applique un nouveau ; car il faut surtout se garder d'entretenir ces vésicatoires à l'aide des pom-

(1) *Nouv. consid. sur la gastralgie chronique et sur son traitement ; faits remarquables de guérison rapide* (*Bull. gén. de thér.*, juillet 1847).
(2) *Zeitschrift für Therap. und Pharmakodynamie*, 1844.
(3) *Bull. de l'Acad. de médecine*, t. VIII, p. 239, t. XVIII, p. 278, 430 et suiv.
(4) *De l'emploi de la morphine*, etc.

mades excitantes, ce qui rend l'emploi de la morphine beaucoup plus douloureux, et parfois insupportable.

De tous les moyens que nous avons jusqu'à présent passés en revue, il n'en est pas en qui on doive avoir plus de confiance que dans les opiacés, en ayant soin toujours d'observer que leur action doit être secondée par le régime et par d'autres médicaments dont nous parlerons tout à l'heure.

Excitants. Les excitants jouent un très grand rôle dans le traitement de la gastralgie. Il serait impossible d'énumérer le nombre de médicaments de ce genre que l'on a prescrits dans cette maladie. On le comprendra sans peine lorsqu'on saura qu'ils font la base de tous les médicaments dits stomachiques ou cardiaques, des élixirs viscéraux, anticardialgiques, etc. Il faut le dire même, on a beaucoup abusé des substances dont il s'agit, en les appliquant sans discernement à tous les états morbides de l'estomac accompagnés de perte de l'appétit, et que l'on confondait sous le nom de *dyspepsie*. C'est là sans doute ce qui, dans ces dernières années, les avait fait entièrement proscrire, mais bien à tort, puisqu'il résulte d'un très grand nombre de faits que, convenablement administrées, elles ont l'efficacité la plus incontestable. On est embarrassé pour choisir parmi ces médicaments ceux que l'on doit prescrire de préférence. Aussi n'entrerai-je pas à ce sujet dans de très grands détails : qu'il me suffise de dire que la *camomille*, la *menthe*, l'*écorce d'oranger*, le *girofle*, l'*absinthe*, la *cannelle*, la *quassia amara*, et même le *piment* et le *pyrèthre*, entrent fréquemment dans les préparations que l'on emploie ordinairement, et de présenter ici quelques unes des formules les plus usitées.

Sous le nom de *mixture stomachique*, on a prescrit le mélange suivant :

℞ Saccharure de quinquina..	åå 8 gram.	Sirop de camomille.......	30 gram.
Conserve d'absinthe......		Eau de girofle...........	130 gram.

Dose : trois ou quatre cuillerées par jour.

ou bien :

℞ Absinthe..............	30 gram.	Gentiane................	4 gram.
Écorce d'orange.........	250 gram.	Eau bouillante...........	Q. s.
Rhubarbe..............	3 gram.		

Pour obtenir 200 grammes de colature. Après une courte infusion, ajoutez :

Sirop d'écorce d'orange........................ 30 gram.

A prendre en deux ou trois fois dans la journée.

On a encore fait entrer dans ce mélange la *cannelle*, le *safran*, le *macis* et même l'*alcool*. Cette dernière substance est le liquide dans lequel on fait infuser les médicaments excitants qui entrent dans la composition des élixirs.

Diverses *poudres* sont prescrites dans le même but. C'est ainsi qu'on a donné la *cannelle*, la *muscade*, le *poivre cubèbe*, la *coriandre*, le *colombo* en poudre à des doses variables, et souvent en les unissant à la *rhubarbe*. Enfin, je le répète, il n'est pas de médication qui ait été plus variée que celle dont il s'agit ici. Il sera si facile aux médecins d'associer ces divers médicaments, que ce serait entrer dans des longueurs inutiles que de citer d'autres exemples.

Le grand nombre de cas dans lesquels cette médication excitante, loin d'augmenter les douleurs, a aidé puissamment à les faire disparaître, est une preuve de son efficacité. Il faut que le praticien en soit bien convaincu ; car ce qui a donné

du crédit à beaucoup de drogues inventées par le charlatanisme, c'est la timidité avec laquelle beaucoup de médecins emploient ces moyens dans les douleurs vives de l'estomac, ou même la répulsion invincible qu'ils ont pour cette médication. Tout dépend ici de la sûreté du diagnostic. Si l'on a bien étudié la maladie, si les signes que nous en avons donnés plus haut sont évidents, il ne faut pas hésiter; car en insistant, comme je l'ai déjà dit et comme il convient de le répéter, parce que c'est là un point fondamental, sur la médication débilitante, on perpétue la maladie en même temps qu'on la rend plus violente et plus rebelle.

Schmidtmann, qui a été justement cité toutes les fois qu'il s'est agi de la gastralgie, employait beaucoup les médicaments que nous venons d'indiquer. C'est ainsi qu'il prescrivait l'*extrait de quassia*, ceux de *petite centaurée*, d'*absinthe*, auxquels il joignait des toniques et des ferrugineux, et les observations qu'il a rapportées ne laissent aucun doute sur l'efficacité de ce traitement.

Toniques, amers, ferrugineux. Comme Schmidtmann, la plupart des auteurs ont associé les toniques aux excitants, et c'est naturellement le *quinquina* qu'on emploie de préférence. Je citerai à ce sujet deux préparations dites stomachiques et qui ont été mises souvent en usage. C'est d'abord la mixture précédemment indiquée, et ensuite la potion suivante :

℞ Saccharure de quinquina..	} àâ 8 gram.	Sirop d'absinthe	30 gram.
de vanille.....		Eau de cannelle..........	130 gram.
Élixir de Garus...........	15 gram.		

M. Fouquier a recommandé une poudre que j'ai eu occasion de prescrire plusieurs fois, et qui a eu de très bons effets. Elle est ainsi composée :

℞ Extrait sec de quinquina en poudre.................	2 gram.	Carbonate de fer........	2 gram.
		Poudre de cannelle.......	0,50 gram.

Divisez en deux paquets. A prendre un le matin et un le soir.

M. Dufresne (1) a mis en usage la *cinchonine;* mais rien ne prouve que cette substance soit plus utile que le quinquina lui-même.

Nous venons de voir les ferrugineux unis aux toniques; mais on les a aussi prescrits seuls, et personne n'a plus insisté sur leur utilité que MM. Trousseau et Bonnet (2). J'ai déjà parlé de leur manière d'employer le sous-carbonate de fer contre les douleurs d'estomac dans la chlorose (3); il me suffit d'y renvoyer le lecteur. Disons seulement que c'est surtout dans ces cas de chlorose que, d'après les auteurs, les ferrugineux réussissent le mieux. La *limaille de fer*, le *sulfate* et les différentes préparations indiquées à l'article *Chlorose* sont mis en usage avec le même succès. Hoffmann recommandait la poudre suivante :

℞ Limaille de fer........	0,40 gram.	Extrait sec de quassia.....	0,30 gram.
Soufre lavé...........	30 gram.		

Faites une poudre ; divisez en vingt-quatre paquets, dont on prendra un trois fois par jour.

Suivant Hoffmann, cette préparation serait surtout efficace dans la *cardialgie des goutteux;* mais rien ne prouve qu'elle ne puisse avoir aussi son utilité dans les cas d'un autre genre.

Dans les gastralgies qui se montrent chez les femmes chlorotiques, M. le docteur

(1) *Bibl universelle de Genève*, mai 1831.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1832, t. XXIX, p. 532; t. XXX, p. 42.
(3) Voy. art. *Chlorose*.

Guépratte (1) prescrit les pilules suivantes, auxquelles il donne le nom de *chloroso-gastralgiques :*

℞ Assa fœtida...........	àà 1 gram.	Limaille de fer............ 2 gram.
Extrait de valériane.....		Savon crotoniq. de Caventou. 3 gram.
Thridace		

Faites 48 pilules. Dose : 3 par jour.

Rien ne démontre que tous ces médicaments soient nécessaires. Du reste, ce pilules ne réunissent que des moyens connus et que j'ai recommandés séparément.

Les *amers*, tels que la *petite centaurée*, le *houblon*, la *fumeterre*, etc., ont été prescrits, soit en tisane, soit en extraits. Il est inutile de donner des formules, car ce n'est pas là un point important. Je veux seulement indiquer ici d'une manière particulière le *fiel de bœuf*, dans lequel plusieurs auteurs, et en particulier Schmidtmann, avaient une grande confiance. On l'a prescrit, uni à plusieurs autres des substances déjà indiquées, et ainsi qu'il suit :

℞ Fiel de bœuf épaissi....	àà 10 gram.	Rhubarbe............... 10 gram.
Extrait de gentiane.....		Carbonate de fer........... 4 gram.

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de 8 à 12 dans la journée, surtout avant le repas.

Noix vomique; strychnine. Déjà Schmidtmann avait conseillé l'administration *de la noix vomique*. Depuis, on l'a mise en usage avec de grands avantages lorsque l'estomac débilité se laisse facilement distendre par les gaz. On administre la noix vomique à la dose de 0,05 à 0,15 grammes en poudre, et de 0,02 à 0,10 gram. en extrait alcoolique graduellement. La *strychnine* est donnée, dans les mêmes cas, à la dose de 0,02 à 0,05 grammes, et de la même manière, en ayant soin de s'arrêter s'il survient des accidents.

Médicaments alcalins. Parmi les médicaments alcalins qui ont été prescrits dans les *gastralgies avec éructations acides et pyrosis*, il faut principalement distinguer le *carbonate d'ammoniaque*. Quelques auteurs l'ont vanté presque comme un spécifique et l'ont introduit dans leurs médicaments stomachiques; mais rien n'est moins prouvé que cette efficacité spéciale. Au reste, remarquons que cette substance n'a pas été prescrite seule, mais bien avec plusieurs des autres médicaments déjà mentionnés. Voici quelle est la formule de Richter (2) :

℞ Carbonate d'amm. liquide.. 25 gram. | Eau de fleurs de camomille.. 90 gram.

Ajoutez :

Sirop de fleurs de camomille.................... 25 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Stütz (3), qui a recommandé particulièrement les alcalis, employait surtout le *carbonate de potasse*, qu'il administrait de la manière suivante :

℞ Carbonate de potasse. 0,20 à 0,30 gram. | Eau de chaux........ 1 cuillerée à bouche.

Mêlez. A prendre dans une demi-tasse de lait, deux fois par jour.

Tout le monde sait que certaines *eaux minérales*, comme l'eau de *Vichy*, de *Pougues*, de *Néris*, etc., ont une heureuse influence. C'est une médication qu'il suffit d'indiquer.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mars 1844.
(2) *Medic. und chir. Bemerk.*
(3) *Hufeland's Journ.*, 1810.

Michaëlis (1) recommandait l'*huile de tartre par défaillance*, qui n'est autre chose que le *carbonate de potasse* en déliquescence. Il le donnait *à la dose de 18 à 20 gouttes*, et croyait qu'il était surtout efficace chez les personnes hystériques.

Enfin on a prescrit la *magnésie* à la dose de *4 à 8 grammes par jour;* mais les médicaments que nous venons d'indiquer paraissent plutôt avoir eu des avantages en combattant un seul symptôme, l'acidité des premières voies, qu'en triomphant de la maladie elle-même.

Moyens divers. Il est encore un très grand nombre d'autres moyens qui ont été prescrits contre la gastralgie. Je me contenterai d'indiquer les principaux, parce que si nous voulions entrer dans les détails, nous serions entraîné beaucoup trop loin, et que parmi les remèdes que je vais passer en revue, il n'en est aucun qui jouisse évidemment d'une efficacité spécifique.

Le docteur Münzuthaler vante l'*huile de foie de morue* qu'il prescrit *à la dose d'une cuillerée à bouche quatre fois par jour.*

M. Elison (2) a administré la *teinture alcoolique de gaïac* unie à la *teinture alcoolique de jusquiame* dans la proportion suivante :

Teinture alcoolique de jusquiame. 4 gram. | Teinture alcoolique de gaïac..... 2 gram.

Mêlez. Dose : 30 gouttes matin et soir.

Quelques auteurs, et notamment Jonhson et Ruef (3), ont été jusqu'à prescrire le *nitrate d'argent*. Voici la formule de ce dernier :

♃ Nitrate d'argent........ 0,50 gram. | Racine d'iris de Florence..... 4 gram.
Extrait de pissenlit...... 4 gram. |

Faites 40 pilules. A prendre de 1 à 4 dans la journée.

Le docteur Meyer (4) emploie contre les douleurs de la gastralgie aussi bien que contre celles du cancer, l'*iodure de potassium* à petites doses, de la manière suivante :

♃ Iodure de potassium..... 15 centigr. | Eau distillée............ 160 gram.
Dose : une à quatre cuillerées par jour.

Cet auteur regarde cette médication comme un spécifique contre ce symptôme ainsi que contre les vomissements.

Dans l'Amérique du Sud, on a une très grande confiance dans le *copalchi* ou *quina blanca*, écorce d'une plante qu'on croit être un croton. Cette substance a été donnée par M. Stark (5) avec un plein succès. Elle convient surtout dans les digestions imparfaites et difficiles qui suivent les fièvres intermittentes de longue durée, ce médicament étant un antipériodique supérieur au quinquina, suivant les médecins américains. Voici comment on l'administre :

♃ Copalchi................ 15 gram. | Eau bouillante......... 1000 gram.
Faites infuser. Dose : trois cuillerées à bouche par jour.

Les autres remèdes précédemment indiqués ont une efficacité si bien établie, qu'on ne voit pas pourquoi on emploierait un pareil médicament. Il faudrait pour

(1) *Hufeland's Journ.*, 1797.
(2) *Journ. de pharm.*, mars 1832.
(3) *Medic. Annalen*, t. XII.
(4) *Nieuwe Boerhaave*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 15 avril 1850.
(5) *Edinburgh Journ.*, avril 1849.

cela démontrer qu'il agit plus promptement et plus sûrement que tous les autres, et c'est ce qu'on n'a pas fait. Les mêmes remarques s'appliquent à l'*éther phosphoré*, qui a été vanté par Lobstein (1).

M. le docteur Belloc (2) a, dans ces derniers temps, beaucoup vanté l'emploi du *charbon de bois de peuplier*, préparé d'une certaine manière. Je me contente de mentionner ici cette médication, sur laquelle je reviendrai dans l'article consacré au *vomissement nerveux*, affection qu'elle est plus particulièrement destinée à combattre.

Affusions froides; hydrothérapie. Les *affusions froides* ont été recommandées par plusieurs auteurs, et entre autres par M. Récamier. Ceci nous conduit à dire un mot de l'hydrothérapie, dont on vante tant les effets aujourd'hui. Un grand nombre de faits que l'on a indiqués sous le titre de *gastrites* ou de *gastro-entérites chroniques*, ont été cités comme ayant été promptement guéris par l'*hydrothérapie*. J'ai fait remarquer ailleurs (3) que les conclusions tirées des faits cités n'étaient pas très légitimes. Il est certain que, dans le cours du traitement hydrothérapique, des malades offrant des gastralgies anciennes ont guéri plus ou moins promptement. Mais il faut se rappeler aussi que le régime de ces sujets est complétement changé ; qu'on leur permet une alimentation substantielle, quoique simple, et que ces circonstances ne doivent pas être comptées pour rien dans les bons effets obtenus. Toutefois je suis loin de nier l'influence possible de ce traitement appliqué à la gastralgie. Il est même certain que, de presque toutes les affections contre lesquelles on le dirige, celle-ci en est le plus avantageusement modifiée. Seulement je dis qu'il serait utile d'avoir un plus grand nombre d'observations, et de pouvoir les comparer à celles où un autre traitement a été mis en usage avec un succès évident. J'ajoute que dans un cas où les antispasmodiques avaient complétement échoué contre des douleurs gastriques, M. Duclos (4) conseilla des applications de compresses d'eau froide sur la région affectée, et vit les douleurs cesser immédiatement.

Chez quelques malades, j'ai prescrit l'*eau pure* à la dose de un ou de deux verres le matin et le soir, et après le repas, et tous ont observé que les éructations acides devenaient beaucoup moins fréquentes sous l'influence de cette médication si simple.

Enfin quelques médecins ont employé l'*électricité* (le docteur Gourdon (5), et Sarlandière) ; mais il n'y aurait qu'un degré d'utilité très médiocre à accumuler ainsi les médications qui n'ont été suivies que rarement, et dont nous ne pouvons pas apprécier convenablement les effets.

Résumé. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce qui a été dit jusqu'à présent, nous voyons que ce traitement, si riche, si varié, et en quelque sorte si disparate, peut néanmoins être résumé succinctement de manière qu'on en établisse les principales bases. Les seuls moyens, en effet, qui aient une efficacité bien démontrée sont, d'une part, les narcotiques, qui calment promptement les

(1) *Recherches sur le phosphore.* Strasbourg, 1815.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1849, t. XV, p. 280.
(3) *De l'hydrothérapie ou hydrosudopathie* (*Arch. gén. de médecine*, 4e série, 1843, t. III, p. 315, 434).
(4) *Compte rendu des travaux de la Société médicale du VIIe arrondissement*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juin 1851.
(5) *Journal des connaissances médicales*, 1836.

douleurs, et de l'autre les excitants, les toniques, les amers, qui, en faisant cesser la débilité de l'estomac, rendent les digestions faciles. La plupart des médicaments employés peuvent se ranger sous ces deux chefs, et comme leur action est sensiblement analogue, il suffit que le médecin soit prévenu pour qu'il puisse très promptement formuler le traitement de la gastralgie.

Régime; hygiène. Toutefois on aurait peu fait si l'on n'apportait pas la plus grande attention au *régime*. Il est, en effet, aujourd'hui bien démontré que le régime et les soins hygiéniques ont une grande part dans le traitement. On peut dire d'une manière générale que le régime doit être *analeptique*; il s'agit seulement de bien constater l'état du sujet, de manière à ne lui faire prendre d'abord que les aliments et les boissons qu'il peut supporter, et à rendre ensuite rapidement le régime plus substantiel. Ainsi chez les sujets profondément débilités, dont l'estomac refuse tous les aliments, on commencera par des bouillons froids, un peu de jus de viande, une petite quantité de vin généreux, et l'on arrivera promptement aux viandes grillées, au vin de Bordeaux, aux vins d'Espagne, etc. Qu'on ne croie pas cependant qu'il y aurait un danger extrême à procéder d'une manière plus rapide; on doit plutôt craindre de pécher par excès de prudence que par témérité. Ce qui le prouve, ce sont les succès obtenus par certains charlatans agissant sans aucun discernement, et recommandant dès l'abord des aliments substantiels avec des boissons excitantes, dans des cas où des médecins trop imbus de certaines idées théoriques n'avaient obtenu aucun avantage.

M. Beau (1), attribuant le plus grand nombre des digestions difficiles (*dyspepsie*) à l'insuffisance de la nourriture, surtout le matin, recommande de prendre des substances suffisamment nutritives aux premiers repas.

Dans le cas de *digestion difficile* due à la perturbation des fonctions de l'estomac qui ne produit pas une suffisante quantité de *suc gastrique*, M. L. Corvisart (2) conseille l'administration de cette substance, soit à l'état frais et recueillie sur des animaux de boucherie, soit desséchée et en poudre. On peut aussi opérer dans un vase la digestion artificielle en mêlant au suc gastrique les aliments qu'on fait prendre ensuite aux malades. M. Hérard (3) a cité deux cas recueillis par M. Godard, dans lesquels cette substance a eu de bons effets. Dans la première il s'agit d'une convalescence de fièvre typhoïde longuement entravée par des troubles digestifs; dans le second il s'agit de digestions laborieuses (dyspepsie) durant depuis quatre mois. On voit par là le parti qu'on peut tirer de cette médication.

Il ne faut pas craindre, lorsqu'on est sûr d'avoir affaire à une maladie nerveuse, de forcer les malades à se mettre promptement à un régime beaucoup plus substantiel. On recommandera en même temps un *exercice modéré*, le *séjour à la campagne*, si la chose est possible, et surtout on aura soin d'*inspirer aux malades une confiance entière*, en leur promettant une guérison prompte et assurée. Nous avons vu, en effet, que la plupart étaient disposés à l'hypochondrie. Cette disposition d'esprit est très contraire au succès du traitement. Barras, qui a été lui-même atteint de cette maladie, et qui s'est trouvé dans cette condition fâcheuse, a pu juger de l'utilité de la précaution dont il s'agit; aussi la recommande-t-il vivement.

(1) Voy. Courtin, *De la dyspepsie*, etc. (*Union médicale*, 1848).
(2) *Recherches* et Mém. adressé à l'Académie des sciences, 30 août 1852.
(3) Thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.

Faut-il maintenant passer en revue les diverses espèces de gastralgies (hystériques, chlorotiques, goutteuses, rhumatismales, etc.) admises par plusieurs auteurs, pour savoir si chacune d'elles exige un traitement particulier ? Je ne le pense pas ; car, outre que nous ne trouverions que des assertions sans preuves, j'ai, dans le cours de cet article, dit, à l'occasion de ces indications particulières, ce qu'il est nécessaire de savoir à cet égard. Il est plus convenable d'ajouter un mot sur le traitement des divers symptômes.

Traitement des symptômes. La *constipation* doit attirer l'attention du médecin. Il la combattra à l'aide de *lavements purgatifs*, ou, comme je l'ai dit plus haut, à l'aide de minoratifs. Si les *vomissements* étaient très fréquents, l'*eau de Seltz*, la *poudre aérophore* de Schmidtmann, c'est-à-dire le mélange d'acide tartrique et de sous-carbonate de soude, seraient particulièrement prescrits. Nous avons vu avec quelle facilité les opiacés triomphaient ordinairement de la *douleur*, et combien les toniques et les excitants servaient à rendre la *digestion* plus prompte et plus facile. Ces quatre ordres de remèdes suffisent, dans presque tous les cas de gastralgie chronique, pour obvier rapidement à chaque symptôme en particulier.

Pour avoir une idée de la rapidité avec laquelle le traitement, tel que nous venons de l'indiquer, peut triompher de la maladie, même dans les cas graves, il suffit de dire que dans les observations que j'ai sous les yeux il n'a fallu qu'un à deux mois, et quelquefois beaucoup moins, pour venir à bout de gastralgies qui duraient depuis deux, trois, quatre et même neuf ans. Cette maladie est donc une de celles qui cèdent le plus facilement et sur lesquelles la médecine a le plus de prise.

Disons enfin, en terminant, que si l'on trouvait du côté des autres organes quelque cause à laquelle on pût rapporter la production de la maladie, il faudrait s'empresser de la combattre. C'est ainsi que M. Mondière a traité la gastralgie *survenue par suppression de la sueur des pieds* en rappelant celle-ci ; c'est ainsi que l'on combat la *leucorrhée*, source si féconde de gastralgies. Mais je n'insiste pas ici sur ces moyens, parce qu'ils sont exposés ailleurs en détail (1).

Ordonnances. Il suffira d'un petit nombre d'ordonnances pour indiquer d'une manière générale la conduite à suivre, les moyens à mettre en usage dans les divers cas particuliers se présentant pour ainsi dire d'eux-mêmes au médecin.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE GASTRALGIE RAPIDEMENT PRODUITE PAR UNE CAUSE EXCITANTE (GASTRALGIE AIGUË).

1° Pour tisane, légère décoction de camomille sucrée.

2° Deux ou trois cuillerées à bouche de sirop d'acétate de morphine dans la journée ; surtout immédiatement avant ou après le repas.

3° Un lavement d'eau de guimauve et de têtes de pavot.

4° Repos et régime doux.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE GASTRALGIE CHRONIQUE AVEC DOULEUR TRÈS VIVE.

1° Pour tisane, infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Vésicatoire sur la région épigastrique, pansé avec l'acétate de morphine.

3° A l'intérieur, un des divers narcotiques mentionnés.

(1) Voy. *Traitement du coryza produit par la suppression de la sueur des pieds*, t. I. *Leucorrhée*, etc.

4° Préparations toniques; ferrugineux, amers, excitants, eaux minérales de Vichy, de Pougues, etc. (voy. p. 660 et suiv.)

5° Combattre la constipation par les lavements purgatifs ou les laxatifs.

6° Exercice; régime analeptique.

III° Ordonnance.

DANS UN CAS DE VOMISSEMENTS FRÉQUENTS.

1° Pour tisane, infusion de gentiane édulcorée avec le sirop d'écorce d'orange.

2° Eau de Seltz.

3° Opiacés, toniques, ferrugineux, eaux minérales, *ut suprà*.

4° Régime, soins hygiéniques, *ut suprà*.

Dans les cas d'hystérie, de chlorose, d'hypochondrie, etc., on mettra en usage les médicaments particuliers que nous avons indiqués plus haut, et sur lesquels il est inutile de revenir ici.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, émollients, régime sévère (proscrits). Vomitifs; purgatifs: antispasmodiques; sédatifs; narcotiques; excitants; toniques; ferrugineux; amers; alcalins; eaux minérales; huile de foie de morue; nitrate d'argent; phosphore; affusions froides; hydrothérapie; noix vomique; électricité; suc gastrique; régime analeptique, soins hygiéniques.

ARTICLE XIII.

VOMISSEMENT NERVEUX.

Le vomissement nerveux est une affection encore peu connue. Dans les siècles derniers on faisait souvent une maladie du vomissement, mais les progrès de l'anatomie pathologique ont démontré qu'ordinairement il est lié à des lésions plus ou moins profondes ou à des troubles fonctionnels dont il n'est qu'un symptôme. Cependant il existe un certain nombre de cas dans lesquels le vomissement doit nécessairement être considéré comme une maladie à part, et cette maladie mérite d'autant plus toute l'attention du médecin qu'elle est très grave, et que, lorsqu'elle a un certain degré d'intensité, elle se termine très fréquemment par la mort.

Ayant fait, à propos de quelques cas qui se sont présentés à moi, des recherches dans les auteurs anciens, je me suis assuré qu'il était presque toujours impossible de savoir si les cas qu'ils ont rapportés sous le titre de vomissement sont de simples symptômes d'une maladie plus ou moins grave, ou sont des exemples de vomissement essentiel. Le plus souvent même on a de grands motifs de croire qu'il ne s'agit que d'un simple symptôme. C'est ce dont on peut se convaincre en parcourant les observations, et en particulier celles de Morgagni, de F. Hoffmann, etc.

Un seul cas, parmi ceux que cite F. Hoffmann (1), m'a paru se rapporter au vomissement nerveux; mais ce fait laisse encore des doutes parce qu'il manque des détails les plus importants.

Les modernes ont été plus à même d'étudier des cas moins douteux. M. Chomel a cité maintes fois à sa clinique un certain nombre de ces cas. M. Louis a également observé plusieurs vomissements qu'on ne pouvait rattacher à aucune lésion

(1) *De motu ventriculi convulsivo, sive vomitu* (*Op. omn.*, t. III, sect. I, obs. 8, p. 151, Genève, 1761).

appréciable, et dans mon mémoire (1) j'ai rapporté deux cas recueillis par M. Leudet dans son service.

M. P. Dubois (2) en a aussi mentionné quelques uns, mais sans donner les détails des observations.

Enfin, j'ai moi-même observé quatre cas évidents de cette affection dont deux ont été rapportés avec tous les détails nécessaires dans le travail dont j'ai déjà parlé (3).

Dans ce que je viens de dire, je n'ai pas parlé du *vomissement nerveux* qui survient chez les *femmes grosses*. Cependant il y a une grande analogie entre ces deux espèces de vomissement. Les symptômes, la marche de la maladie sont même si semblables dans ces divers cas, qu'il est permis d'admettre leur identité. L'affection serait la même, seulement dans certains cas il y aurait une cause positive : la grossesse; tandis que dans d'autres on ne trouverait aucune altération ou perturbation organique ou fonctionnelle qui servît de point d'origine à l'affection.

Le vomissement qui se montre pendant la grossesse a été naturellement mieux étudié que le précédent. Je pourrais, à ce sujet, citer la plupart des principaux accoucheurs. Mais comme il doit être particulièrement question ici du vomissement essentiel proprement dit, je me contenterai de mentionner les observations rapportées par M. Vigla (4) et M. Forget (5), qui sont des exemples de vomissements incoercibles et mortels chez des femmes grosses.

Restent maintenant certains vomissements dont la nature est encore douteuse : tels sont ceux qui sont liés à des douleurs intenses occupant l'épigastre et les hypochondres, sans que néanmoins on puisse en trouver la cause, soit dans une colique hépatique, soit dans une colique néphrétique, soit enfin dans une névralgie avec ses caractères habituels. J'ai observé un certain nombre de ces cas; j'en ai trouvé plusieurs dans les divers recueils, et je n'ai pas encore pû me faire sur ce point une opinion arrêtée.

Enfin, on a décrit sous le nom de *vomissement chronique* (6), un vomissement qui se reproduit à des intervalles plus ou moins éloignés; mais comme il n'est pas certain qu'il s'agisse en pareil cas de la même affection que celle dont nous nous occupons ici, je me contenterai d'en dire un mot quand j'exposerai le *diagnostic*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On a donné le nom de vomissement nerveux à une affection dans laquelle des vomissements fréquents, le plus souvent muqueux, très rarement bilieux, et l'impossibilité qui en résulte de prendre des aliments, finissent au bout d'un certain temps par amener un état fort grave et souvent la mort, sans qu'aucune lésion de l'estomac explique, et l'apparition de ces vomissements, et leur persistance et leur conséquence funeste. Cette définition est très peu précise, sans doute, mais il me paraît difficile, dans l'état actuel de la science, d'en trouver une meilleure.

(1) *Consid. path. et thérap. sur le vomissement nerveux* (*Bull. gén. de thér.*, 15 août, 15 septembre et 15 octobre 1849).
(2) *Union méd.*, 17 octobre 1848.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Gaz. des hôp.*, 22 octobre 1846.
(5) *Gaz. des hôp.*, 24 juillet 1847.
(6) *Dict. de méd.*, 2e édit., t. XXX, p. 919, art. VOMISS. PATH.

Le vomissement nerveux est désigné dans les divers auteurs par les noms de *vomissement* sans autre désignation, de *vomissement essentiel*, de *vomissement spasmodique*, de *vomissements incoercibles*.

C'est une affection qu'on doit ranger parmi les maladies rares, si l'on ne tient pas compte des vomissements des femmes enceintes, et surtout de ces vomissements passagers qui ne se manifestent que dans les premiers temps de la grossesse, qui se dissipent d'eux-mêmes, et qui n'ont qu'une faible importance pour le praticien.

§ II. — Causes.

Après ce que j'ai dit du petit nombre de renseignements que nous possédons sur le vomissement nerveux, on ne doit pas s'attendre à avoir des données bien précises sur son étiologie. Aussi me bornerai-je à reproduire ici le passage où ce point est traité dans le travail précédemment cité (1) :

« La plupart des maladies de l'estomac ont été attribuées aux *chagrins* ou à de vives *émotions* fréquemment répétées ; il est donc bien naturel qu'on ait invoqué la même cause pour une affection qui est, suivant toutes les apparences, de nature nerveuse. Comme simple renseignement, vu le trop petit nombre de faits, je dirai que parmi les cas dont j'ai eu connaissance, il n'en est que deux qui aient paru pouvoir être attribués à cette cause.

» M. Chomel a eu l'occasion d'observer le plus grand nombre des cas qui se sont offerts à lui, *à la suite du choléra* de 1832. Beaucoup d'autres praticiens ont remarqué comme lui la fréquence du vomissement nerveux après les épidémies de cette affection. Trois des cas que j'ai vus se sont offerts à moi dans le courant de 1849, et pour deux de ces cas, il est évident qu'ils se sont produits sous l'influence du choléra. Peut-être la crainte de la maladie y était-elle pour beaucoup, et cette cause rentrerait dans les émotions pénibles et prolongées dont je parlerai tout à l'heure.

» Ce même motif : le nombre trop restreint des faits, ne me permet pas de parler utilement des autres causes assignées à ce vomissement, telles que l'*insalubrité du logement*, une *nourriture insuffisante*, mal réglée, les divers *excès*. Une femme âgée de soixante-six ans, que j'ai eue dans mon service à l'hôpital Sainte-Marguerite, et que j'ai ensuite vue chez elle jusqu'à sa mort, avait un appétit considérable ; elle mangeait beaucoup et buvait beaucoup de vin ; mais, depuis de longues années, elle suivait ce régime sans en avoir jamais souffert.

» L'*âge* mérite considération. Dans quatre cas de mort dont je connais les détails, l'âge a varié de quarante à soixante-six ans. Dans les deux cas recueillis par M. Leudet, l'âge était de vingt-quatre et de trente-deux ans : les malades ont guéri. C'est là un renseignement précieux, mais dont nous ne pouvons encore tirer aucune conclusion. Quant à l'*âge critique*, qui a paru à quelques auteurs exercer une grande influence sur la production de cette maladie, je ne trouve rien dans les observations qui confirme cette manière de voir. Sur cinq femmes, il n'en est qu'une qui approchât de cet âge, et rien, dans l'état de la menstruation, n'avait encore annoncé le moindre trouble.

» J'ai à peine besoin d'ajouter que la *grossesse*, dans les premiers mois, est la

(1) *Loc. cit.*, p. 100.

principale cause du vomissement nerveux ; c'est un fait qui a été reconnu de tout temps, bien que ces vomissements, lorsqu'ils ont pris une intensité assez grande pour compromettre l'existence de la malade, n'aient pas été étudiés avec tout le soin désirable. »

Enfin, il faut reconnaître que dans certains cas où la grossesse n'existe pas, nous ne pouvons pas parvenir à saisir la cause du mal, et quant à la plupart de ceux où la grossesse existe, on ne saurait comprendre pourquoi ils ont pris une gravité insolite et assez grande pour causer la mort.

§ III. — Symptômes.

Ayant également décrit les symptômes de cette affection dans le mémoire auquel j'ai emprunté l'étiologie, je ne saurais mieux faire que de consigner ici cette description (1) :

Début. « Dans les cas que j'ai pu étudier, le *début* a à peine été annoncé par quelque malaise précurseur, et parfois même il n'y a eu aucune espèce de malaise, comme on a pu le voir dans une des observations que j'ai rapportées. Je n'ai vu qu'un seul cas exceptionnel chez une femme qui, quelques jours avant l'apparition des vomissements, eut des symptômes de fièvre intermittente avec de vives coliques.

» Le malaise éprouvé par les malades, quelques jours avant que les vomissements se déclarent, consiste dans un sentiment de pesanteur à l'estomac, quelquefois dans des nausées, ou un liquide aqueux venant à la bouche, principalement le matin. Cet état est bien connu, car on le voit souvent précéder le vomissement dans les premiers temps de la grossesse...

» Ainsi donc, dans les cas ordinaires, il y a du *malaise au début;* quelquefois un vomissement est le premier signal de la maladie, et bien plus rarement sans doute l'affection peut débuter par des phénomènes tout à fait insolites.

» *Symptômes.* Le symptôme presque unique de cette maladie est le *vomissement.* D'abord revenant à des intervalles assez longs, les vomissements se rapprochent et finissent par être nombreux. Il peut y en avoir jusqu'à vingt, quarante, et plus même dans une journée.

» Il n'est pas ordinaire de voir les vomissements aller en augmentant en nombre sans interruption. Il y a de loin en loin une ou plusieurs journées de répit, pendant lesquelles les vomissements deviennent rares ou se suspendent pour se reproduire ensuite en nombre égal ou supérieur.

» Les vomissements sont généralement *aqueux.* Les *aliments* sont rarement rejetés, et c'est à peine si de loin en loin on trouve un peu de *bile* dans les matières rendues. Quelquefois il y a des *filets de sang;* mais ces filets de sang sont dus uniquement aux efforts et aux mouvements violents de l'œsophage et du pharynx.

» Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est le peu d'intensité ou même l'absence de la *douleur* épigastrique. Dans le premier des deux cas dont j'ai rapporté l'observation, il y eut à peine quelques tortillements, qui ne se firent sentir que dans les premiers temps de la maladie. Dans le second, il n'y eut pas de douleur réelle. Dans un des deux cas qui m'ont été communiqués par M. Leudet, la dou-

(1) *Loc. cit.*

leur, soit à la pression, soit spontanée, fut complétement nulle. Dans l'autre, au contraire, il y eut des douleurs assez vives...

» Il y a souvent entre les vomissements, les douleurs épigastriques et certaines douleurs intercostales, un rapport dont il nous est permis de constater l'existence, mais qu'il nous est difficile d'expliquer. Les cas sont actuellement assez nombreux où j'ai vu des *points douloureux* le long de la colonne vertébrale, dans les espaces intercostaux, le long des bords du sternum, exister en même temps que de violentes coliques d'estomac et des vomissements. En pareil cas, il y a des attaques violentes tout à fait semblables aux coliques hépatiques, et cependant rien ne vient prouver qu'il y ait des calculs biliaires.

» En somme, il est démontré pour nous que, sans que nous puissions en découvrir la cause, le vomissement nerveux a lieu tantôt sans douleur ou sans presque aucune douleur, et tantôt avec une douleur assez notable. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que dans la très grande majorité des cas, la douleur n'occupe qu'un rang très secondaire. En émettant cette proposition, je fais abstraction de ces cas très douloureux dont je viens de parler, et sur lesquels, bien que je les aie étudiés très attentivement, mon opinion, ainsi que je l'ai dit plus haut, n'est pas encore fixée.

» Outre les vomissements, on observe fréquemment des *éructations* plus ou moins pénibles. Les *gaz* rendus de cette manière sont sans odeur et sans saveur.

» Quant à la *conformation de l'épigastre*, elle ne présente absolument rien de particulier. Cette région est souple, sans tuméfaction ; parfois seulement on constate, par la *percussion*, une accumulation plus ou moins considérable de gaz dans l'estomac, et l'on obtient un son tympanique principalement dans l'hypochondre gauche ; mais ce symptôme n'est pas permanent.

» La *soif* n'est un peu notable que vers la fin de la maladie, alors que la fièvre est allumée ; l'*appétit* se conserve aussi en partie jusqu'à cette époque, et la crainte seule de provoquer des vomissements empêche les malades de manger. Ce n'est pas qu'ils rejettent habituellement les aliments qu'ils ont pris, car nous venons de voir que les vomissements sont aqueux ; mais c'est que les envies de vomir sont souvent plus grandes pendant le travail de la digestion. Il n'est pas rare de voir pendant deux ou trois jours un aliment être très bien supporté et les vomissements se calmer sous son influence : tantôt c'est le lait, tantôt le bouillon, etc. ; on voit même parfois des aliments grossiers, qui paraissent demander un bon estomac, être momentanément mieux supportés que les autres : c'est ainsi que, dans un cas, j'ai vu, pendant plus de trois jours, la soupe à l'oignon très bien passer, et les vomissements cesser presque complétement sous cette influence singulière. C'est là, comme on le voit, un nouveau et bien remarquable point de ressemblance entre ces vomissements et ceux des femmes enceintes. On sait, en effet, que chez ces dernières, les aliments les plus grossiers sont parfois parfaitement tolérés, tandis que les autres excitent le dégoût et le vomissement. Aussi, pour moi, les cas sont-ils identiques.

» Du côté du canal intestinal, on ne remarque rien autre chose qu'un certain degré de *constipation*, sans coliques.

» Jusqu'à l'invasion de la fièvre, la *peau* conserve sa chaleur normale ; il n'y a aucune accélération, ni irrégularité du *pouls* ; l'*intelligence* est parfaitement saine ;

la tête sans douleur ; la *face* a son expression normale, excepté au moment où surviennent les envies de vomir ; enfin tous les autres organes conservent leur intégrité.

» Ainsi, des vomissements aqueux, avec peu ou point de douleur dans la plupart des cas ; des éructations gazeuses, un dépérissement très lent, dû uniquement à l'insuffisance de la nourriture, absence complète de fièvre, tel est le tableau de la maladie jusqu'aux derniers jours.

» Mais alors, et ce n'est guère que pendant les cinq, six ou sept derniers jours, la scène change. Le *pouls* s'accélère et devient petit. Il monte de 70 à 90, 100 et 120 pulsations. La *peau* devient plus chaude qu'à l'état normal. La *bouche* se sèche et rougit ; l'*haleine*, ainsi que l'a noté M. P. Dubois, prend une acidité remarquable ; la *soif* devient un peu plus prononcée, et, après quelques jours de cet état, il est ordinaire de voir survenir le *délire* et divers autres *accidents cérébraux* qui annoncent une mort prochaine. Dans un cas, j'ai vu une bronchite capillaire générale venir compliquer la maladie et la rendre assez promptement mortelle.

» Dans cette *période fébrile* de la maladie, les *vomissements se suppriment* dès que la fièvre prend une certaine intensité, et que les symptômes cérébraux se déclarent. J'ai noté cette suppression dans un cas que j'ai observé tout récemment *chez un homme* pris de cette affection dans la convalescence d'un rhumatisme musculaire aigu. Seulement la veille de la mort, ils revinrent après l'ingestion de deux cuillerées de potion musquée, et, chose remarquable, il y eut trois vomissements abondants et bilieux, tandis que pendant près de deux mois qu'avait duré la maladie, ils avaient été peu abondants et presque toujours muqueux.

» Tels sont les phénomènes que l'on observe dans les *cas qui se terminent par la mort ;* dans les *cas de guérison*, les choses se passent de même, sauf que l'état fébrile ne se déclare pas, et que dès que les vomissements se sont arrêtés, la santé se rétablit facilement. »

J'ai indiqué plus haut les raisons qui m'ont engagé à n'accorder qu'une simple mention au vomissement auquel on a donné le nom de vomissement chronique. Celui qu'a décrit M. Fleury dans sa thèse (1), sous le titre de vomissement nerveux chronique, doit-il nous arrêter plus longtemps ? Le lecteur peut en juger. Cet auteur décrit sous ce nom une affection dans laquelle les substances alimentaires ou médicamenteuses, liquides ou solides, portées dans l'estomac, sont rejetées tôt ou tard, et souvent sans douleurs, par le seul fait de la sensibilité exaltée de cet organe ou d'une sorte d'atonie, et cela quelquefois sans un trouble bien notable de la santé générale.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il résulte de la description qui précède, que la maladie a d'abord une marche lente, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes, marche qui se précipite à la fin.

M. P. Dubois (2), qui par sa description du vomissement nerveux chez les femmes enceintes, nous a fourni une preuve de l'identité de cette affection dans

(1) *Essai sur le vomiss. nerveux*, thèse. Paris, 1847.
(2) *Loc. cit.*

l'état de grossesse et dans l'état de vacuité, a admis *trois périodes* distinctes. *Dans la première* se font remarquer les vomissements opiniâtres, et l'affaiblissement, l'amaigrissement, la langueur qui en sont la conséquence ; tout cela sans fièvre. *Dans la seconde*, on note la fréquence du pouls, une soif vive, et une acidité très remarquable de l'haleine. Enfin la *troisième* est caractérisée par les accidents cérébraux : délire, hallucinations, douleurs névralgiques, troubles de la vision, coma.

Cet exposé de la succession des symptômes est parfaitement exact ; toutefois les deux dernières périodes se succèdent si rapidement et se confondent ordinairement si bien entre elles, que je n'ai cru devoir admettre que deux périodes, et voici ce que j'ai dit, à ce sujet, dans le mémoire précédemment cité :

« Il est vrai que les symptômes fébriles apparaissent un peu avant les phénomènes cérébraux ; mais ces symptômes se suivent de si près et sont dans une telle dépendance les uns des autres, qu'il n'y a plus de ligne de démarcation évidente, de telle sorte qu'à ne considérer le tableau de la maladie que d'une manière générale, on est surtout frappé de ces deux grandes divisions : 1° *Longue période de deux mois et plus*, caractérisée presque uniquement par le vomissement ; 2° *période beaucoup plus courte, ne dépassant pas ordinairement une semaine*, et caractérisée par des symptômes fébriles notables, des phénomènes cérébraux variés, dans lesquels le délire domine souvent, et enfin la suppression des vomissements. »

Telle est la manière dont les choses se passent dans les cas où les malades succombent ; dans les cas de guérison, la seconde période manque complétement, ainsi que je l'ai dit plus haut.

La *durée* totale de la maladie n'est presque jamais moindre de deux mois ; elle dépasse souvent ce terme. Dans les cas de guérison, elle peut être de quatre mois et plus.

Cette affection a pour *terminaison* ordinaire la mort. Sur plus de 30 cas observés par M. Chomel après le choléra de 1832, 2 ou 3 seulement ont eu une terminaison heureuse. Sur 4 cas que j'ai pu suivre dans ces dernières années, un seul s'est terminé par la guérison.

§ V. — Lésions anatomiques.

Relativement au cas de vomissements nerveux sans grossesse, nous n'avons que les renseignements les plus insuffisants, ou, pour mieux dire, nous n'en avons presque aucun. Les autopsies détaillées manquent complétement.

Il n'en est pas tout à fait de même relativement aux cas observés chez les femmes grosses.

M. P. Dubois (1) se borne à dire ce qui suit, à propos d'un cas mortel chez une femme pour laquelle on dut recourir à l'accouchement provoqué : « A l'autopsie, on reconnut une lésion légère de l'estomac, que, pour mon compte, je ne considère pas comme la cause des accidents. »

M. Vigla (2) a rapporté un cas de vomissement nerveux pendant la grossesse, observé avec le plus grand soin, et dans lequel l'autopsie put être pratiquée ; l'estomac et les intestins étaient sains, et l'utérus, également sain, contenait un fœtus de treize à quatorze semaines.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Gaz. des hôp.*, 22 octobre 1846.

Il en fut de même dans un cas recueilli par M. Forget (1) ; seulement la grossesse était beaucoup plus avancée, car elle était arrivée au sixième mois, et la malade avait succombé après plus de quatre mois de vomissements incoercibles.

Suivant M. le docteur Constant (2), des calculs dans la vésicule biliaire seraient une lésion appartenant au vomissement nerveux. Il cite une observation prise chez une femme de cinquante ans, qui fut atteinte à la fois de fièvre intermittente et de vomissements. La fièvre fut guérie par une médication appropriée; mais les vomissements furent incoercibles; des hémorrhagies intestinales survinrent, et la malade succomba. A l'autopsie on trouva 80 calculs biliaires dans une vésicule oblitérée, la rate petite, et le ganglion semi-lunaire gonflé et ramolli. « Cette dernière altération, ajoute ce médecin, a été trouvée trois fois comme seule lésion anatomique, par M. le docteur Lasserre chez trois sujets ayant succombé à la suite de vomissements nerveux. » Les vomissements étaient-ils purement nerveux, et quel rôle les calculs ont-ils joué dans cette affection ? C'est ce qu'il est difficile de dire.

Pour ma part, je n'ai eu l'occasion de pratiquer aucune autopsie dans un cas semblable à ceux dont je donne plus haut l'histoire ; mais tout nous porte à penser qu'il n'y avait réellement pas, dans les cas que j'ai cités, de lésion appréciable à nos sens; et comme, d'un autre côté, j'ai plusieurs fois signalé la ressemblance extrême du vomissement dont il est ici question et du vomissement des femmes grosses, chez lesquelles, ainsi que le démontrent les faits rapportés par MM. Vigla et Forget, l'estomac et les intestins sont intacts, on trouvera suffisamment justifié, jusqu'à plus ample information, le nom de vomissement nerveux que nous donnons à cette maladie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Si l'on a bien étudié les symptômes que je viens de décrire et la marche de la maladie, le diagnostic ne paraîtra pas très difficile. Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre cette affection sont la *gastrite*, la *gastralgie*, la *colique hépatique*, la *colique néphrétique*, le *vomissement chronique* dont j'ai dit un mot plus haut, le *cancer de l'estomac* et l'*empoisonnement*. Comparons ces affections au vomissement nerveux.

La *gastrite*, ainsi qu'on l'a vu plus haut, est caractérisée, *dès les premiers temps*, par des vomissements bilieux, une douleur épigastrique plus ou moins vive et un certain degré de fièvre. Ces symptômes se remarquent dans l'inflammation de l'estomac, soit aiguë, soit chronique. Dans le vomissement nerveux, au contraire, les vomissements sont aqueux ou muqueux ; il n'y a vers l'épigastre qu'une douleur spontanée, des tortillements lorsque l'estomac se soulève, et la fièvre ne se produit pas pendant toute la longue durée de la première période.

La *gastralgie* ordinaire ne peut pas davantage être confondue avec le vomissement nerveux. Dans la gastralgie, il est vrai, il y a parfois des vomissements, et principalement des vomissements aqueux ou muqueux ; mais ces vomissements, loin d'être toute la maladie, ne constituent qu'un symptôme accessoire de médiocre importance. Ils ont lieu à peine une ou deux fois par jour, tandis que la douleur, les angoisses, le gonflement de l'estomac et tous les autres symptômes qui consti-

(1) *Gaz. des hôp.*, 24 juillet 1847.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, septembre 1851.

tuent la gastralgie, ont lieu beaucoup plus fréquemment et principalement après les repas. D'ailleurs, et ce fait lève toutes les difficultés, il y a des cas nombreux de gastralgie sans vomissements d'aucune espèce.

Mais on pourrait dire que c'est là une *gastralgie* d'une espèce particulière et dans laquelle seulement les vomissements ont une grande opiniâtreté. Avec cette explication on peut, à la rigueur, admettre cette manière de voir sur la nature de la maladie. Cependant je ne peux m'empêcher de faire remarquer de nouveau l'absence de presque toute douleur dans plusieurs cas fort remarquables, et il me semble qu'il est difficile d'accorder ce peu d'importance de la douleur pendant toute la durée de l'affection avec l'existence d'une véritable gastralgie.

Dans certains cas, ainsi que je l'ai dit plus haut, j'ai vu des douleurs vives occupant l'épigastre, les hypochondres et la région dorsale, ayant des foyers distincts et des exacerbations violentes, se produire en même temps que les vomissements aqueux, qui cessaient dès que, par l'application de vésicatoires saupoudrés de morphine sur les points douloureux, on avait fait cesser l'accès de névralgie intercostale qui existait évidemment. Ces cas, encore bien obscurs, se distinguent, au premier abord de la maladie qui nous occupe, par l'intensité même de la douleur.

Il en est de même de la *colique hépatique* et des *coliques néphrétiques*. En outre, dans ces dernières affections, on a, pour se diriger dans son diagnostic, le siége des douleurs suivant le trajet des uretères ou des conduits biliaires, l'état des urines, les sensations dans la vessie et le canal de l'urètre, l'ictère, l'état des selles. Enfin, dans ces cas, les vomissements sont le plus souvent bilieux.

Il est, comme je l'ai dit plus haut, une sorte de vomissement qu'on a décrit (1) sous le nom de *vomissement chronique*, et qui, sous quelques rapports, se rapproche un peu de celui qui nous occupe; mais qui, dans des cas du moins où le nom de vomissement chronique lui convient, en diffère grandement sous beaucoup d'autres. Ce vomissement, en effet, n'est, tout porte à le croire, causé par aucune lésion organique appréciable, ce qui le rapproche du vomissement nerveux; mais il ne revient qu'à des intervalles assez longs, réguliers ou non; il n'altère pas la santé dans ces intervalles, et permet aux malades de se livrer à leurs occupations. On trouve un bel exemple de ce vomissement dans les recherches de Morgagni (2); et M. Tardieu en a cité un non moins remarquable dans ses *Éléments de pathologie médicale*. Dans l'article du dictionnaire que je viens de citer, je remarque ces mots : « Il peut même (le vomissement chronique) se renouveler assez fréquemment pour laisser à peine quelque repos au malade. » Ce passage se rapporterait-il à des cas semblables à ceux dont j'ai donné l'histoire ? C'est ce qui n'est nullement impossible.

En voyant la persistance des vomissements dans des cas où l'on ne peut trouver aucun signe de grossesse, il est permis de se demander, surtout si la malade est d'un âge un peu avancé, s'il ne s'agit pas d'une maladie organique, d'un *cancer de l'estomac*. Mais le diagnostic n'est réellement pas plus difficile relativement au cancer que relativement aux maladies précédentes. Souvenons-nous, en effet, que dans le cancer de l'estomac, ce qu'on observe d'abord, c'est le vomissement des aliments.

(1) *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 819, art. VOMISS. PATH.

(2) *De caus. et sed. morb.*

à des intervalles plus ou moins éloignés des repas, et qu'ensuite on voit apparaître de la douleur, souvent une tumeur à l'épigastre, et surtout un dépérissement beaucoup plus rapide que ne pouvait le faire craindre le degré d'abstinence auquel sont réduits les malades. Or, dans le vomissement nerveux, les choses se passent bien différemment : vomissements fréquents, muqueux, ou formés en grande partie par les boissons rejetées ; douleur épigastrique généralement médiocre, parfois presque nulle ; dépérissement peu considérable eu égard à l'abstinence presque complète : ces signes différentiels sont plus que suffisants.

Reste maintenant la question de l'*empoisonnement*. Je l'ai déjà dit, un médecin un peu versé dans la connaissance des maladies de l'estomac et des divers empoisonnements, ne peut pas avoir le moindre doute en présence d'un vomissement nerveux ; mais la question est trop importante, et cette maladie est trop peu connue encore pour que je puisse me dispenser d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Il faut d'abord mettre de côté toutes les substances qui, pour produire l'empoisonnement, doivent nécessairement causer des douleurs très vives dans une étendue plus ou moins grande du tube digestif. Cette douleur n'existe pas en effet dans la maladie qui nous occupe ; ainsi il ne peut être question des substances âcres et corrosives. Quant aux narcotiques il ne peut pas en être question davantage ; puisque, donnés à doses assez élevées pour produire des vomissements comme ceux dont j'ai parlé, ils occasionnent inévitablement des symptômes cérébraux notables, et qu'un des caractères les plus remarquables de la maladie dont nous nous occupons, c'est précisément de laisser, pendant presque toute la durée de la maladie, l'intelligence, la vision, l'ouïe, etc., parfaitement saines.

Je ne vois donc que l'*empoisonnement par l'arsenic* dont on pourrait, après un examen des plus superficiels, admettre l'existence. Mais si l'on veut bien étudier les faits, on ne tarde pas à voir que cette supposition ne peut longtemps tenir devant eux. Qu'on suppose, en effet, le cas le plus exceptionnel possible, il ne le sera jamais assez pour que tous les symptômes de l'empoisonnement se réduisent à de simples vomissements médiocrement douloureux. Dans les cas même (cas toujours fort rares) où la douleur gastro-intestinale est peu vive, il y a une prostration des forces, une altération des traits, un état de malaise profond qui ne peuvent pas tromper, et qui manquent dans les vomissements nerveux. Jamais, en outre, vous ne verrez, dans l'empoisonnement par les préparations arsenicales, des intervalles de plusieurs jours pendant lesquels, les vomissements ayant cessé brusquement, les malades se trouvent dans un tel état de bien-être, qu'ils se croient complétement guéris ; et c'est ce qu'on voit dans un bon nombre de cas de vomissements nerveux.

Ainsi donc, il n'est absolument aucun empoisonnement connu que le vomissement nerveux simule assez pour qu'un examen éclairé ne fasse très facilement éviter toute erreur. L'idée d'un empoisonnement ne pourrait venir qu'à ceux qui, n'ayant jamais observé cette affection, seraient, d'un autre côté, très peu versés dans les connaissances toxicologiques.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la gastrite.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	GASTRITE.
Vomissement *aqueux ou muqueux*. (Les vomissements bilieux ne sont qu'accidentels, et ne se produisent souvent qu'*à la fin de la maladie.*)	Vomissements *bilieux dès les premiers temps.*
Douleur épigastrique *peu notable, passagère.*	Douleur épigastrique *plus ou moins notable, permanente.*
Pas de fièvre pendant toute la première période, qui est la plus longue.	*Fièvre* dès le début.

2° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la gastralgie.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	GASTRALGIE.
Vomissements *fréquents.*	Vomissements *rares*, sauf dans quelques exacerbations.
Douleur *médiocre.*	Douleur toujours *pénible*, souvent très violente.

3° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la colique hépatique.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	COLIQUE HÉPATIQUE.
Douleur *médiocre.*	Douleur *violente.*
Douleur *bornée à l'épigastre.*	Douleur *s'irradiant vers l'abdomen.*
Urines *naturelles* ou seulement un peu troubles.	Urines *bilieuses.*
Selles de *couleur naturelle.*	Selles *décolorées.*

4° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la colique néphrétique.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
Douleur *médiocre.*	Douleur *violente.*
Douleur *bornée à l'épigastre.*	Douleur *s'irradiant* dans la direction de l'uretère, souvent jusqu'aux parties génitales.
Urines naturelles.	Urines *rares*, parfois *sanguinolentes.*

5° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et du cancer de l'estomac.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	CANCER DE L'ESTOMAC.
Vomissements *aqueux ou muqueux.*	Vomissements d'*aliments*, d'abord ; puis *marc de café*, etc.
Pas de tumeur à l'épigastre.	*Tumeur* ou résistance à l'épigastre.
Dépérissement *peu en rapport avec les symptômes gastriques.*	Dépérissement *plus rapide que ne semblent le comporter les symptômes gastriques.*

Je ne crois pas devoir reproduire dans ce tableau ce que j'ai dit plus haut à propos de l'*empoisonnement.* C'est dans les détails des diverses espèces d'empoisonnement qu'il faut chercher ce diagnostic, qui ne peut paraître difficile qu'au premier abord.

Pronostic. Il suffit de se rappeler le nombre des morts et le peu d'action qu'ont eu les médicaments dans la plupart des cas que j'ai mentionnés, pour reconnaître que le pronostic de cette affection est fort grave. Lorsqu'on voit, malgré toutes les

ressources de la médication calmante et tonique, les vomissements persister pendant plusieurs semaines, et se reproduire en nombre considérable dans une journée, on doit avoir de très grandes craintes, ou plutôt on doit s'attendre à voir presque inévitablement succomber le malade. C'est ce dont sont convaincus tou les médecins qui ont pu observer avec quelque attention cette maladie ; et lorsqu'on voit, dans les cas que j'ai cités plus haut, les hommes les plus expérimentés échouer dans toutes leurs tentatives contre elle, on ne peut s'empêcher de partager cette opinion.

Tous ceux qui se sont occupés de ce sujet regardent le vomissement nerveux des femmes enceintes comme notablement moins grave que celui des femmes en état de vacuité ; et cependant les accoucheurs savent, et les faits précédents ont surabondamment démontré que ces vomissements peuvent très bien tuer les malades ; c'est donc là une nouvelle preuve de la gravité de la maladie.

C'est ordinairement après l'avortement que les vomissements des femmes enceintes commencent à se calmer. J'en ai vu un exemple à l'hôpital Sainte-Marguerite. Chez une femme enceinte de deux mois et demi environ, les vomissements duraient depuis six semaines avec une opiniâtreté invincible et menaçaient l'existence, lorsque survinrent des symptômes d'avortement. Je touchai la malade : la tête du fœtus, qui était mort sans doute depuis un certain temps, se présentait dans le vagin, une faible traction la détacha ; les autres parties furent ensuite entraînées. Dès ce moment les vomissements cessèrent, et la femme se rétablit très promptement. Ce sont les faits de ce genre qui ont engagé les accoucheurs à provoquer l'avortement.

§ VII. — Traitement.

L'affection ayant été regardée par tout le monde comme de nature nerveuse, on n'a guère mis en usage les *émissions sanguines*. Néanmoins, et principalement dans le but de calmer les douleurs, on a quelquefois appliqué quelques *sangsues* à l'épigastre; mais cette application n'a pas eu de succès réel. Si, à l'époque où la fièvre se déclare, il survenait des signes d'inflammation de l'estomac, on insisterait davantage sur ce moyen ; mais il faut savoir qu'à cette époque la maladie se termine presque infailliblement par la mort.

Narcotiques. L'*opium* sous ses diverses formes a été prescrit aux malades. On en a retiré de grands avantages pour calmer les douleurs qui précèdent les vomissements, et l'on voit, dans les observations, qu'il a ordinairement pour effet de rendre ces vomissements moins fréquents ; mais malgré les doses élevées auxquelles on l'a souvent porté, il n'est pas un seul cas de guérison dont on doive exclusivement lui faire honneur, en sorte qu'on ne peut le regarder que comme un excellent palliatif.

Les *lavements laudanisés* en particulier, et la *morphine* administrée par la *méthode endermique* ont apporté de notables soulagements aux malades.

Les préparations opiacées doivent, pour agir dans ces cas, être portées toujours à une dose assez élevée dans un court espace de temps. Ainsi, on élèvera les doses en deux ou trois jours aux proportions suivantes : Extrait d'opium de 10 à 15 centigrammes en pilules ; laudanum de Rousseau, de 15 à 20 gouttes ; morphine par la méthode endermique de 3 à 5 ou 6 centigrammes par jour.

La *belladone* peut aussi, suivant M. Bretonneau (1), avoir des avantages. Il est vrai qu'il ne l'a employée que dans des cas de grossesse; mais ces cas étant semblables à ceux que je décris, on peut leur appliquer les mêmes moyens. Cet auteur conseille, dans le vomissement nerveux des femmes enceintes, les *frictions avec l'extrait de belladone* pratiquées ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de belladone...... 5 gram. | Axonge................. 30 gram.

Mêlez.

Ou bien :

℞ Extrait de belladone...... 5 gram. | Solution d'extrait de ratanhia.. Q. s.

Pour donner au mélange la consistance d'un sirop épais.

Avec l'un ou l'autre de ces mélanges, pratiquez, plusieurs fois par jour, des frictions sur le ventre de la malade.

M. Berton (2) indique encore un bon moyen antivomitif, l'acide hydrocyanique, qu'il prescrit de la manière suivante :

Eau distillée de lierre terrestre. 90 gram.
Sirop de capillaire......... 30 gram.
| Acide prussique médicinal.. 15 gouttes.

Une cuillerée à bouche toutes les quatre heures.

Le docteur Padioleau conseille (3) *la noix vomique* en teinture, à la dose de trois gouttes dans 90 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerée à bouche de quatre en quatre heures.

Amers. Après les opiacés, les amers sont les médicaments qu'on a le plus souvent employés. Dans deux cas de guérison recueillis par M. Leudet dans le service de M. Louis, les malades avaient été traités par les amers unis aux opiacés.

On donne la décoction de *quassia amara*, l'infusion de *petite centaurée*, le *quinquina*, la poudre de racine de *colombo*, à la dose de 2 à 4 grammes (P. Dubois), et d'autres substances analogues. Lorsqu'on donne des infusions ou des décoctions amères, il faut ne les administrer que froides et sans sucre.

Je me contente de mentionner les antispasmodiques : *castoréum*, *musc*, *valériane*, *valérianate de zinc*, *éther*, *assa fœtida* en lavements, etc., etc.

On a administré les *boissons gazeuses* et la *potion de Rivière*, mais sans résultat avantageux.

L'*eau magnésienne* ayant eu du succès dans des cas de gastrite chronique avec vomissements opiniâtres, observés par M. Louis (4), on est autorisé à y avoir recours dans les vomissements nerveux, bien que dans deux des cas que j'ai vus, et dans celui qu'a rapporté M. Vigla, cette médication n'ait pas réussi.

M. Chomel, qui, à la suite du choléra de 1832, a vu plus de trente cas de vomissements opiniâtres, a remarqué que les sujets qui ont guéri, et dont le nombre ne s'élève pas au-dessus de trois, avaient pris de l'*eau de Vichy* coupée avec un quart de lait.

(1) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, août 1846.
(2) *Gaz. des hôp.* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mai 1850.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 mars 1850.
(4) *Du ramoll. de la muq. gastr.*; *Rech. anat.-path.* Paris, 1826.

M. le docteur Belloc (1) a rapporté des observations de gastralgie et de gastro-entéralgie anciennes et rebelles, avec vomissements opiniâtres, et traitées avec succès par le *charbon végétal*. Selon cet auteur le meilleur charbon est celui que l'on obtient du bois de *peuplier*, de la manière suivante :

Il faut, suivant M. Belloc, faire usage du bois coupé au moment de la séve. Les branches, dépouillées de leur écorce, sont alors placées dans des vases bien clos, que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc; on obtient un charbon extrêmement léger, que l'on place dans des vases pleins d'eau pendant trois ou quatre jours, en ayant le soin de changer l'eau plusieurs fois; on le fait sécher, après quoi on le réduit en poudre avant qu'il soit parfaitement sec. Le meilleur mode d'administration est la poudre rendue humide au moyen de l'eau fraîche bien pure.

Les *vomitifs* ont eux-mêmes été administrés, d'après cet axiome ancien que le *vomissement se guérit par le vomissement*. Cette médication a augmenté l'intensité des symptômes dans un cas, et n'a eu aucun bon effet dans un autre.

M. Monneret (2) a vu cesser des vomissements nerveux opiniâtres chez des femmes grosses, sous l'influence du *sous-nitrate de bismuth*, à la dose de 50 à 60 grammes. Dans un cas de vomissement nerveux chez une femme non enceinte, ce médicament, dont l'administration à cette dose est difficile, a complétement échoué.

Purgatifs. M. Chomel conseille l'*emploi combiné du calomel et d'un purgatif résineux* (jalap, aloès, scammonée, etc.).

Enfin M. Stockler (3) a cité deux cas de vomissement pendant la grossesse, guéris à l'aide de l'*oxyde noir de mercure* (mercure soluble de Moscati), à la dose de 5 centigrammes par jour. Quelle serait l'action de ce médicament dans les cas dont nous nous occupons ?

Les *vésicatoires*, les *sinapismes* sur l'épigastre et dans d'autres parties du corps, ont probablement leur degré d'utilité; mais il nous est impossible de le préciser. S'il existe une douleur superficielle, ces moyens sont dirigés avec avantage contre elle, comme dans les cas analogues. Je ne peux rien dire du *cautère actuel* appliqué sur la région épigastrique. Je ne l'ai employé, sous forme de cautérisation transcurrente, que dans un cas de gastrite chronique; il n'a eu aucun succès. Suivant M. Chomel, les *cautères* ordinaires, au nombre de deux ou trois, sur l'épigastre, peuvent avoir quelque avantage.

M. le docteur Fleury (4) a vu les vomissements idiopathiques disparaître sous l'influence de l'hydrothérapie et principalement des *douches froides*. C'est un moyen à essayer.

Ajoutons que dans les cas de ce genre, lorsque la maladie se montre rebelle à tous les moyens, et lorsqu'il y a tout lieu de croire qu'elle se terminera par la mort, on est autorisé à recourir au traitement perturbateur. Ainsi le docteur Debout a réussi en ordonnant à une malade un *exercice violent*, alors que chacun sait que le vomissement est principalement provoqué par les mouvements, et quoiqu'il ne s'agît

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1848 et *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XV, p. 280.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1849.
(3) *Gaz. méd. des hôp.*, août 1846.
(4) *Moniteur des hôpitaux*, 3 mars 1853.

pas d'un vomissement nerveux dans l'état de vacuité, mais bien chez une femme enceinte, ce fait ne doit pas être perdu de vue.

Toutefois, M. Debout ne s'était pas borné à conseiller la voiture. Il avait voulu que la malade sortît sans emporter de vase qui pût recevoir les vomissements, sans sa femme de chambre, exposée, en un mot, au désagrément de se faire remarquer au moment où elle vomirait, ce qu'on lui faisait sentir. Il y avait donc là un véritable *traitement moral* joint au traitement physique. Quelle a été la part de l'un et de l'autre? Attendons d'autres faits pour nous prononcer sur ce point.

M. le docteur Bertherand (1) a rapporté un cas dans lequel le vomissement a été guéri par le *mal de mer*. Ce fait peut être rapproché de celui de M. Debout. Toutefois la longue durée de la maladie fait penser qu'il ne s'agissait pas, chez la malade observée par M. Bertherand, d'un vomissement absolument semblable à celui que j'ai décrit dans cet article.

Pendant toute la durée de la maladie, il faut prescrire des *boissons glacées* et mettre le malade, autant que possible, *à l'abri de toute espèce d'émotions morales*.

Comme *aliments* on prescrira ce que l'estomac pourra le mieux supporter, et ce n'est, par conséquent, qu'après diverses tentatives qu'on arrivera à le découvrir. Dès qu'un aliment est mal reçu, il faut l'abandonner pour un autre. En général, les bouillons légers de poulets de grenouilles, etc., sont ce qui convient le mieux.

Pour terminer ce qui concerne le traitement de cette affection grave, je dois ajouter qu'il arrive parfois un moment où tous les remèdes fatiguent inutilement le malade. Il faut alors tout supprimer et ne prescrire que de l'eau pure ou légèrement acidulée, en très petite quantité et seulement pour calmer la soif.

J'ai vu, dans un cas, cette suppression de tout médicament et de toute alimentation avoir les plus heureux effets. Au bout de quelques jours on put reprendre quelques aliments légers, et la guérison fut parfaite.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Sangsues; narcotiques; amers; antispasmodiques; boissons gazeuses; potion de Rivière; eau magnésienne; eau de Vichy; charbon; vomitifs; purgatifs; oxyde noir de mercure; révulsifs, dérivatifs; hydrothérapie; traitement perturbateur; boissons glacées; alimentation appropriée, ordinairement très légère; suc gastrique; à un certain moment, suppression de toute médication et de toute alimentation; eau pure et en petite quantité.

ARTICLE XIV.

INDIGESTION.

On est bien loin d'être d'accord sur ce qu'il faut entendre par le mot *indigestion*, et l'on conçoit facilement cette divergence d'opinions, lorsqu'on songe combien sont fréquentes les maladies dans lesquelles les fonctions gastriques s'accomplissent mal. En France, on désigne communément par ce mot la suspension accidentelle et passagère du travail digestif survenant dans l'état de santé ou de maladie. Mais sous les noms d'*apepsie*, *dyspepsie*, *bradypepsie*, bien des auteurs ont décrit les différents troubles fonctionnels de l'estomac, que quelques auteurs ont voulu rattacher tous à l'indigestion. C'est ainsi, par exemple, que M. Todd (2) a, sous

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 février 1850.
(2) *Cyclopædia of pratical medicine.*

cette dernière dénomination, fait entrer les divers états morbides de l'estomac que nous avons déjà fait connaître sous les noms d'*embarras gastrique*, *gastrite*, etc. Cette manière d'envisager la question est évidemment vicieuse. Sans doute, dans toutes ces affections, les digestions sont souvent nulles ou impossibles; mais ce n'est pas là ce qui constitue ces affections elles-mêmes; elles ont d'autres symptômes qui les caractérisent.

D'autres auteurs ont été même jusqu'à rattacher l'indigestion à des maladies d'autres organes, et en particulier des poumons et du cerveau. Cette trop grande généralisation ne pourrait avoir que des inconvénients dans la pratique; c'est pourquoi je ne décrirai sous le nom d'*indigestion* que ces phénomènes accidentels qui, survenant rapidement pour se dissiper de même, peuvent être considérés comme une maladie tout à fait à part. Pour expliquer ma pensée, je prends deux exemples: Si chez un sujet bien portant, avec ou sans cause connue, les troubles fonctionnels de l'estomac sont plus ou moins complétement suspendus après le repas, il y a indigestion; il en serait de même chez un sujet affecté d'une autre maladie, si des aliments ayant été pris intempestivement, en trop grande quantité ou dans des conditions particulières, la digestion, précédemment possible, s'arrêtait tout à coup. Ainsi limitée, la question me paraît offrir une solution à la fois plus facile et plus pratique.

L'indigestion a été divisée en *gastrique* et en *intestinale*, en *complète* et *incomplète*, en *simple* et *compliquée*. Il est très difficile de s'assurer si la première partie de cette division est parfaitement juste. Nous ne possédons pas, en effet, de bonnes observations d'indigestion. C'est une de ces maladies que l'on a fréquemment occasion d'observer, qui le plus souvent sont simples, dont le traitement est en général très facile, et qui, par conséquent, ne fixent pas d'une manière très particulière l'attention des médecins. Il est certain, d'après ce que nous pouvons voir tous les jours, qu'il existe des cas assez nombreux où, sans vomissements, sans troubles extrêmement marqués de l'estomac, on voit survenir, dans le cours de la digestion, des symptômes tranchés du côté de l'intestin : ce sont des coliques, des déjections alvines abondantes, le rejet par l'anus de matières mal digérées, etc. D'un autre côté, il n'est pas douteux qu'il ne se passe dans le duodénum des actes nécessaires à l'accomplissement de la digestion; mais si l'on examine très attentivement les faits, on voit que, dans l'immense majorité des cas, c'est dans l'estomac lui-même que la digestion se fait mal : puis les matières mal digérées, âcres, acides, gagnant l'intestin, elles y produisent des phénomènes beaucoup plus frappants qu'elles n'avaient pu en déterminer dans l'estomac, et ces phénomènes attirent seuls l'attention. Je crois donc pouvoir placer l'indigestion parmi les maladies de l'estomac, sauf à dire quelques mots en particulier des cas dans lesquels les troubles de l'intestin sont beaucoup plus marqués que ceux du ventricule.

Quant à l'indigestion complète et incomplète, cette division, qui n'est fondée que sur le degré de la maladie, ne paraît pas beaucoup plus importante. Et d'abord il faut mettre de côté ces indigestions incomplètes habituelles, dues à un trouble nerveux de l'estomac, qui ont été décrites plus haut sous le nom de *digestions laborieuses* ou *dyspepsies*. Elles constituent, en effet, un état pathologique qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, se rapproche beaucoup plus de la gastralgie. Quant aux indigestions incomplètes accidentelles, elles ne diffèrent des précédentes que

parce qu'à un moment donné l'estomac et les intestins reprennent leurs fonctions sans qu'il y ait eu de vomissements ni d'évacuations alvines.

Enfin je ne crois pas devoir admettre la distinction de l'indigestion simple et de l'indigestion compliquée. Pour moi, il n'y a que des indigestions simples, l'état de maladie dans lequel se trouvent les sujets n'ôtant à l'accident, tel que je le considère, rien de son caractère purement nerveux. Que chez un sujet affecté d'une affection chronique il survienne, par exemple, sous une influence quelconque, une indigestion complète, cette affection ne diffère nullement, ni pour les symptômes ni pour la marche, de l'indigestion survenant chez les sujets bien portants ; les suites seules peuvent être différentes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous donc l'indigestion est la suspension des fonctions digestives chez un sujet qui auparavant digérait convenablement. Je ne nie pas toutefois que dans beaucoup d'autres circonstances il n'existe une véritable indigestion ; mais je crois qu'il est nécessaire pour la pratique d'établir la distinction que je propose ici.

J'ai déjà dit qu'on avait désigné la maladie qui nous occupe sous le nom de *dyspepsie*. On l'a fait entrer dans ce que l'on a appelé *læsa alimentorum coctio ;* on lui a donné le nom de *vomissement*, à cause du principal symptôme, etc.

Il est inutile de signaler la *grande fréquence* de cette affection, puisqu'il n'est personne qui ne sache qu'elle se produit journellement dans les circonstances les plus variées.

§ II. — Causes.

Les causes de l'indigestion sont très nombreuses et très diverses. Il suffit quelquefois de la cause la plus légère pour suspendre complétement la digestion, et parfois même on ne sait à quoi attribuer cette suspension. Il serait beaucoup trop long d'énumérer toutes les causes qui ont été admises, et d'ailleurs, sous le rapport pratique, il est infiniment moins important qu'on ne pourrait le croire de rechercher un certain nombre de ces causes. Nous allons indiquer rapidement celles qu'il est le plus nécessaire de connaître.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les *causes prédisposantes*, on range d'abord le *grand âge*. On sait, en effet, que dans les hospices de vieillards les indigestions sont fréquentes ; mais, d'un autre côté, nous trouvons au nombre des causes prédisposantes la *chute des dents* et la gêne qui en résulte pour la mastication. Cette circonstance, qui se rencontre chez les vieillards, peut avoir au moins autant de part à l'indigestion que le défaut d'activité de l'estomac.

Les *états nerveux divers*, l'*affaiblissement* par une cause quelconque, les *excès vénériens*, des *travaux intellectuels* trop prolongés, prédisposent également aux indigestions. Il en est de même des *affections de longue durée* qui détériorent la constitution, et de la *convalescence* des maladies graves qui laissent les fonctions gastriques dans un état de faiblesse souvent remarquable.

2° Causes occasionnelles.

Ce sont surtout les *causes occasionnelles* qui sont nombreuses et variées. Il suffit, pour produire l'indigestion, d'une *émotion vive*, de *la vue ou* du *souvenir d'un*

objet dégoûtant, d'un *travail inaccoutumé* surtout après le repas, d'*excès vénériens*, etc., en un mot, de quelques unes de ces causes que nous avons rangées parmi les prédisposantes, et qui, agissant d'une manière rapide et passagère, deviennent occasionnelles. On a vu l'indigestion survenir par suite de changements brusques de température, par le séjour dans un lieu trop échauffé, etc.

Quant aux *matières ingérées*, il est à peine nécessaire de dire que trop d'aliments ou de boissons est la principale cause des indigestions. Il est rare que l'ivresse, portée à un très haut point, ne s'accompagne pas des symptômes de cet accident. *Certains aliments*, comme le lard, les choux, etc., la produisent plus facilement que les autres. Il en est de même de *certaines boissons*, comme le cidre nouveau, le vin nouveau et tourné, etc. Quelquefois il suffit de l'ingestion d'une *substance inaccoutumée*, d'une glace, par exemple, surtout pendant le travail de la digestion, pour suspendre complétement cette fonction. Il en est de même de quelques médicaments, et surtout des *narcotiques*.

Je crois devoir passer très rapidement sur cette étiologie, parce qu'elle est parfaitement connue de tout le monde. J'ajoute seulement que, dans plusieurs circonstances, il faut évidemment une grande prédisposition pour que l'indigestion se produise. Qui n'a observé de ces cas où un repas modéré, pris avec plaisir, et composé de substances d'une facile digestion, a été, sans aucune cause appréciable, suivi d'une indigestion violente? Dans ces cas, il existe une perturbation nerveuse dont la cause nous échappe évidemment.

§ III. — Symptômes.

Ce n'est, comme tous les auteurs l'ont remarqué, qu'un certain temps après le repas (ordinairement plusieurs heures), que se manifeste l'indigestion. Elle ne se produit pas tout à coup, mais commence par un malaise général, une espèce d'abattement, de langueur, dont les malades ne découvrent pas toujours facilement la cause. Plus tard, les symptômes se dessinent mieux. Du côté de l'estomac, on éprouve, non une véritable douleur, mais de la *pesanteur*, la *sensation d'une barre*, une *plénitude* pénible, et parfois une sensation de *chaleur*. Bientôt survient un *dégoût* plus ou moins marqué. L'idée des aliments se présente souvent à l'esprit et est désagréable. Puis viennent des *nausées*, des *hoquets*, des *rapports*, quelquefois acides, plus souvent fétides, et exhalant, en particulier, une odeur d'œufs pourris.

Si l'on examine alors l'*épigastre*, on le trouve tendu, plus ou moins gonflé ; mais la pression exercée sur cette région n'est pas douloureuse, si ce n'est dans quelques cas exceptionnels. Souvent les malades la compriment, dans le but de se soulager.

La *percussion* fait reconnaître certains signes importants : parfois il y a un grand développement de gaz, et alors le son est tympanique dans une très grande étendue. Il occupe, en effet, l'épigastre, l'hypochondre gauche, et peut descendre jusqu'à l'ombilic et au-dessous. Les matières non digérées donnent alors un son mat dans un point limité; car souvent il suffit d'une médiocre quantité d'aliments et de boissons, avec un dégagement considérable de gaz, pour produire tous les symptômes de l'indigestion. D'autres fois, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, les aliments et les boissons accumulés sont en très grande quantité; alors la matité occupe presque tout l'épigastre et l'hypochondre gauche, et le son tympanique est nul, ou n'existe que dans une très petite étendue, au point le plus élevé de la région épigastrique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la gastrite.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	GASTRITE.
Vomissement *aqueux ou muqueux*. (Les vomissements bilieux ne sont qu'accidentels, et ne se produisent souvent qu'*à la fin de la maladie.*)	Vomissements *bilieux dès les premiers temps.*
Douleur épigastrique *peu notable, passagère.*	Douleur épigastrique *plus ou moins notable, permanente.*
Pas de fièvre pendant toute la première période, qui est la plus longue.	*Fièvre* dès le début.

2° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la gastralgie.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	GASTRALGIE.
Vomissements *fréquents.*	Vomissements *rares*, sauf dans quelques exacerbations.
Douleur *médiocre.*	Douleur toujours *pénible*, souvent très violente.

3° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la colique hépatique.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	COLIQUE HÉPATIQUE.
Douleur *médiocre.*	Douleur *violente.*
Douleur *bornée à l'épigastre.*	Douleur *s'irradiant vers l'abdomen.*
Urines *naturelles* ou seulement un peu troubles.	Urines *bilieuses.*
Selles de *couleur naturelle.*	Selles *décolorées.*

4° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et de la colique néphrétique.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
Douleur *médiocre.*	Douleur *violente.*
Douleur *bornée à l'épigastre.*	Douleur *s'irradiant* dans la direction de l'uretère, souvent jusqu'aux parties génitales.
Urines naturelles.	Urines *rares*, parfois *sanguinolentes.*

5° *Signes distinctifs du vomissement nerveux et du cancer de l'estomac.*

VOMISSEMENT NERVEUX.	CANCER DE L'ESTOMAC.
Vomissements *aqueux ou muqueux.*	Vomissements d'*aliments*, d'abord ; puis *marc de café*, etc.
Pas de tumeur à l'épigastre.	*Tumeur* ou résistance à l'épigastre.
Dépérissement *peu en rapport avec les symptômes gastriques.*	Dépérissement *plus rapide que ne semblent le comporter les symptômes gastriques.*

Je ne crois pas devoir reproduire dans ce tableau ce que j'ai dit plus haut à propos de l'*empoisonnement*. C'est dans les détails des diverses espèces d'empoisonnement qu'il faut chercher ce diagnostic, qui ne peut paraître difficile qu'au premier abord.

Pronostic. Il suffit de se rappeler le nombre des morts et le peu d'action qu'ont eu les médicaments dans la plupart des cas que j'ai mentionnés, pour reconnaître que le pronostic de cette affection est fort grave. Lorsqu'on voit, malgré toutes les

ressources de la médication calmante et tonique, les vomissements persister pendant plusieurs semaines, et se reproduire en nombre considérable dans une journée, on doit avoir de très grandes craintes, ou plutôt on doit s'attendre à voir presque inévitablement succomber le malade. C'est ce dont sont convaincus tou les médecins qui ont pu observer avec quelque attention cette maladie ; et lorsqu'on voit, dans les cas que j'ai cités plus haut, les hommes les plus expérimentés échouer dans toutes leurs tentatives contre elle, on ne peut s'empêcher de partager cette opinion.

Tous ceux qui se sont occupés de ce sujet regardent le vomissement nerveux des femmes enceintes comme notablement moins grave que celui des femmes en état de vacuité ; et cependant les accoucheurs savent, et les faits précédents ont surabondamment démontré que ces vomissements peuvent très bien tuer les malades ; c'est donc là une nouvelle preuve de la gravité de la maladie.

C'est ordinairement après l'avortement que les vomissements des femmes enceintes commencent à se calmer. J'en ai vu un exemple à l'hôpital Sainte-Marguerite. Chez une femme enceinte de deux mois et demi environ, les vomissements duraient depuis six semaines avec une opiniâtreté invincible et menaçaient l'existence, lorsque survinrent des symptômes d'avortement. Je touchai la malade : la tête du fœtus, qui était mort sans doute depuis un certain temps, se présentait dans le vagin, une faible traction la détacha ; les autres parties furent ensuite entraînées. Dès ce moment les vomissements cessèrent, et la femme se rétablit très promptement. Ce sont les faits de ce genre qui ont engagé les accoucheurs à provoquer l'avortement.

§ VII. — Traitement.

L'affection ayant été regardée par tout le monde comme de nature nerveuse, on n'a guère mis en usage les *émissions sanguines*. Néanmoins, et principalement dans le but de calmer les douleurs, on a quelquefois appliqué quelques *sangsues* à l'épigastre; mais cette application n'a pas eu de succès réel. Si, à l'époque où la fièvre se déclare, il survenait des signes d'inflammation de l'estomac, on insisterait davantage sur ce moyen ; mais il faut savoir qu'à cette époque la maladie se termine presque infailliblement par la mort.

Narcotiques. L'*opium* sous ses diverses formes a été prescrit aux malades. On en a retiré de grands avantages pour calmer les douleurs qui précèdent les vomissements, et l'on voit, dans les observations, qu'il a ordinairement pour effet de rendre ces vomissements moins fréquents ; mais malgré les doses élevées auxquelles on l'a souvent porté, il n'est pas un seul cas de guérison dont on doive exclusivement lui faire honneur, en sorte qu'on ne peut le regarder que comme un excellent palliatif.

Les *lavements laudanisés* en particulier, et la *morphine* administrée par la *méthode endermique* ont apporté de notables soulagements aux malades.

Les préparations opiacées doivent, pour agir dans ces cas, être portées toujours a une dose assez élevée dans un court espace de temps. Ainsi, on élèvera les doses en deux ou trois jours aux proportions suivantes : Extrait d'opium de 10 à 15 centigrammes en pilules ; laudanum de Rousseau, de 15 à 20 gouttes ; morphine par la méthode endermique de 3 à 5 ou 6 centigrammes par jour.

l'accident s'est produit, c'est-à-dire à la suite d'un repas copieux ou de l'ingestion d'aliments indigestes, etc., l'état de l'épigastre que l'on constatera par la percussion, suffiront pour lever tous les doutes.

Reste enfin l'*empoisonnement ;* c'est là un des points les plus difficiles du diagnostic de l'indigestion. Si l'on ne peut avoir des renseignements qui mettent sur la voie, il est très rare que dès l'abord l'empoisonnement ne soit pris pour une simple indigestion ; mais la suite ne tarde pas à prouver qu'il y a quelque chose de plus. Les vomissements ne soulagent pas ou ne soulagent que très peu ; ils persistent, deviennent souvent très fréquents, de telle sorte que la plus petite quantité de liquide ingéré est immédiatement rejetée. Ce n'est pas là ce qu'on observe dans l'indigestion, où, après un certain nombre de vomissements, le soulagement est très notable, les boissons sont prises avec plaisir et facilement gardées. Je ne peux donner ici qu'un diagnostic général ; on ne saurait, en effet, entrer dans les détails qu'en prenant chaque empoisonnement en particulier, et c'est ce que je ferai dans l'article consacré aux divers empoisonnements.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'indigestion et de l'étranglement interne.*

INDIGESTION.	ÉTRANGLEMENT INTERNE.
Douleur ou simple pesanteur *à l'épigastre.*	Douleur vive, soit spontanée, soit à la pression, *limitée à un autre point* de l'abdomen.
Vomissements *abondants de matières mal digérées,* ou selles *liquides, abondantes.*	Vomissement *muqueux, bilieux, ou de matières fécales,* fréquents et *peu abondants. Pas de selles.*
Soulagement très marqué après un ou plusieurs vomissements.	*Pas de soulagement* après les vomissements.

2° *Signes distinctifs de la congestion cérébrale et de l'indigestion apoplectique* (apoplexie gastrique).

INDIGESTION APOPLECTIQUE.	CONGESTION CÉRÉBRALE.
Survient ordinairement après un repas copieux.	*Survient* dans d'autres circonstances.
Tension, saillie, matité étendue de l'*épigastre.*	*Épigastre* à l'état normal.

3° *Signes distinctifs de l'indigestion et de certains empoisonnements considérés en général.*

INDIGESTION.	EMPOISONNEMENTS.
Grand soulagement après les vomissements.	*Peu ou point de soulagement* après les vomissements.
Boissons facilement gardées après les vomissements.	Souvent irritation gastrique qui fait rejeter la plus petite quantité de *boissons.*

Je répète que ces diagnostics devront être complétés à l'occasion des diverses maladies qu'on pourrait prendre pour une simple indigestion.

Pronostic. Dans l'immense majorité des cas, l'indigestion se termine promptement d'une manière favorable. Nous avons vu cependant, à l'article *Rupture de l'estomac*, quel terrible accident peut en être la conséquence. Si donc l'état d'anxiété devenait extrême et se prolongeait outre mesure, on devrait craindre pour la vie du malade. L'indigestion dite apoplectique est beaucoup plus grave que l'in-

digestion ordinaire. Ajoutons enfin une considération importante : la gravité de l'indigestion dépend beaucoup de l'état dans lequel se trouvaient les malades au moment où elle est survenue. Tout le monde sait le danger qu'elle peut avoir dans la convalescence des maladies graves. Ce danger, on l'a peut-être exagéré ; mais il n'en existe pas moins. Il est également évident dans le cours des maladies chroniques qui ont profondément altéré la constitution.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'indigestion est bien simple et ne demande pas de grands développements. S'il n'existe que de l'embarras à la région épigastrique, avec rapports acides ou nidoreux, le vomissement provoqué par *le doigt porté dans le pharynx* et la *titillation de la luette* à l'aide des barbes d'une plume, suffisent pour faire cesser promptement tous les symptômes. L'ingestion d'un ou de plusieurs *verres d'eau tiède* favorise notablement ces manœuvres.

Si les symptômes sont plus graves, si le malaise est très considérable, l'anxiété très grande et les efforts de vomissements impuissants, l'administration du *tartre stibié* à la dose de 5 à 10 centigrammes, de l'*ipécacuanha* à celle de 1 à 2 grammes, remplissent promptement l'indication.

Si, malgré ces moyens, les accidents persistent, si la douleur est extrême, si l'épigastre est tendu, si l'anxiété est à son comble, il ne faut pas oublier que la rupture de l'estomac est à craindre, et l'on ne doit pas hésiter à mettre en œuvre la *pompe stomacale* ou la *seringue munie d'une large canule élastique* (1).

Lorsque les coliques et les déjections alvines se manifestent, on les calme par l'emploi des *lavements laudanisés*, des *cataplasmes arrosés de laudanum* sur l'abdomen, de simples lavements d'eau de *guimauve*, de *tête de pavot*, etc. Il n'est utile de recourir à ces moyens que dans les cas où les symptômes intestinaux sont violents et persistants.

On a justement banni la *saignée* du traitement de l'indigestion considérée en général. Il est néanmoins des cas où elle est utile. Ce sont ceux qui prennent cette forme désignée sous le nom d'*apoplexie gastrique*. Mais alors on traite des accidents particuliers qui ont leur danger propre et dont le traitement sera exposé avec détail dans la description des affections cérébrales. MM. Gaultier de Claubry (2) et Chauffart (3) ont cité des faits où les émissions sanguines ont eu des avantages évidents.

Si au lieu de présenter des accidents aussi marqués, l'indigestion ne se manifestait que par de légers troubles, les infusions de *thé*, de *camomille*, de *feuilles d'oranger*, suffiraient pour rétablir l'intégrité des fonctions gastriques.

APPENDICE.

POLYDIPSIE.

J'ai parlé à plusieurs reprises, dans la description des diverses maladies de l'estomac, de l'appétit porté à l'extrême, de cet état dans lequel les sujets sont tellement

(1) Voy. l'art. *Rupture de l'estomac*.

(2) *Obs. sur l'util. de la saignée dans certains cas d'indigestion*. (*Rec. de la Soc. de méd.* t. XIII.)

(3) *Œuvres de médecine pratique*. Paris, 1848, t. I, p. 469.

pressés par la faim, que souvent même ils dévorent avec avidité des substances non alimentaires : c'est là ce que l'on nomme *polyphagie*. Cet état, qu'il faut bien distinguer du *pica* et de la *malacia*, et qui diffère de la simple boulimie, en ce que celle-ci n'est pas un état morbide permanent, mais simplement un symptôme passager d'une affection nerveuse de l'estomac, ne peut pas, à proprement parler, être considéré comme une véritable maladie. Il ne constitue réellement une affection que lorsqu'il y a *dilatation considérable de l'estomac* ou lésion de cet organe par les substances et par les *corps étrangers* qui y ont été introduits. Nous avons parlé de la dilatation de l'estomac, et nous avons dit un mot des corps étrangers comme cause des diverses affections; c'est tout ce qu'il était utile de faire connaître relativement à la polyphagie.

Mais il est une autre affection qu'il est plus important d'étudier : elle ne consiste guère, il est vrai, que dans un seul symptôme, mais ce symptôme constitue évidemment une maladie qu'il n'est permis de rattacher à aucun des états morbides précédemment décrits : c'est la *polydipsie*. Cette affection, qui a été le sujet d'un assez grand nombre de dissertations et d'articles particuliers, a récemment fixé l'attention de M. le docteur Lacombe (1), qui a rassemblé presque toutes les observations intéressantes que la science possède. Ce travail doit surtout nous servir à tracer la description de cette maladie, sur laquelle je ne donnerai pas de très grands détails, parce que, comme on le verra plus tard, la thérapeutique n'a que de très faibles ressources contre elle, et que, sauf l'inconvénient d'une soif inextinguible, elle ne donne pas lieu à des symptômes réellement graves.

En la plaçant à la suite des affections de l'estomac, je ne prétends pas assurément lui donner cet organe pour siége exclusif. Je sais qu'on doit plutôt la considérer comme un état nerveux particulier qui tient peut-être à toute autre chose qu'à une lésion fonctionnelle de l'estomac. Mais comme nous sommes encore sur ce point dans une grande incertitude, j'ai pensé qu'il n'y aurait pas d'inconvénient réel à décrire ici cette affection.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La polydipsie est caractérisée par une soif excessive, par l'ingestion d'une quantité souvent énorme de boissons, une émission proportionnée d'urines aqueuses, et par la persistance de la maladie, sans altération notable de la santé. La polydipsie, dit M. Lacombe, est pour les boissons ce qu'est la boulimie ou la polyphagie pour les aliments.

Quand on lit les auteurs avec attention, on s'aperçoit qu'ils ont assez fréquemment confondu la polydipsie avec le diabète ; mais plusieurs aussi l'ont parfaitement reconnue, et l'ont distinguée sous les noms de *diabète insipide*, *soif inextinguible*, *hydromanie*, *diurèse*, *hydruria*, *polyuria*, etc.

Cette affection n'est évidemment *pas fréquente*. M. Lacombe, qui a fait à ce sujet des recherches très nombreuses, n'a pu réunir que vingt-sept observations authentiques.

§ II. — Causes.

Nous n'avons rien de bien positif à dire sur les causes de la polydipsie. D'après M. Lacombe, le *tempérament lymphatique* et *nerveux* et la *constitution*

(1) *De la polydipsie*. Paris, 1840, in-4°.

scrofuleuse paraîtraient prédisposer à cette affection ; mais il est à regretter que cet auteur n'ait pas appuyé son opinion sur des faits précis.

Parmi les autres *causes prédisposantes*, il place aussi l'*hérédité*. Cinq malades, il est vrai, interrogés sur ce point, lui ont répondu négativement ; mais un sixième (obs. IV) lui a raconté (et son récit a été confirmé par deux de ses parents) que sa mère était atteinte de polydipsie ; qu'elle a eu trois fils qui ont présenté la même affection ; qu'un frère de sa mère éprouvait également une soif inextinguible, et avait laissé, mourant dans un âge avancé, quatre enfants, dont deux étaient sujets à la même maladie. Ce fait est sans doute bien remarquable, mais il est unique.

Un *sexe* serait-il atteint de polydipsie plus fréquemment que l'autre ? Sur vingt-sept cas cités par M. Lacombe, on trouve seize hommes et onze femmes. La différence est trop peu sensible pour autoriser une conclusion rigoureuse. Nous en pourrions dire autant de l'influence de l'*âge*, de celle du *climat*, de la *manière de vivre ;* toutes ces questions n'ont pas encore été convenablement étudiées, non plus que celle de l'insuffisance ou de la mauvaise nature de l'*alimentation.*

Les *causes occasionnelles* sont bien plus obscures encore. On a cité l'*abus des plaisirs vénériens* (Jos. Frank), les causes *débilitantes*, les *écarts de régime*, les *aliments échauffants*, l'*insolation*, les *veilles prolongées*, les *évacuations alvines copieuses*, les *cris prolongés* (1). Sydenham (2) et Cullen (3) ont prétendu avoir vu des cas de cette affection à la suite des *fièvres intermittentes ;* dans l'*hystérie ;* après des *saignées abondantes*, des *purgatifs répétés ;* dans le *rhumatisme*, etc., Mais, dans la plupart des cas, on a évidemment confondu une exagération momentanée de la soif avec une véritable polydipsie. Des recherches plus rigoureuses viendront peut-être un jour donner quelques bases solides à cette étiologie si incertaine.

§ III. — Symptômes.

Le symptôme qui frappe le plus et qui absorbe presque entièrement l'attention des malades, est une *soif* dévorante, inextinguible, qui demande à tout instant à être soulagée ; on a vu des malades boire avidement leurs urines à défaut d'autres liquides. Le sommeil même n'y apporte pas de rémission. Les malades se réveillent souvent (quelquefois toutes les deux heures) pour obéir à ce besoin impérieux. Les auteurs s'accordent à reconnaître que cette soif varie peu suivant les saisons, qu'elle ne paraît ni plus ni moins intense pendant les froids les plus rigoureux que dans les chaleurs excessives. La quantité de boissons prises par quelques uns de ces malades est surprenante. Un enfant de cinq ans buvait douze bouteilles d'eau en vingt-quatre heures. A un sujet cité par le docteur Boissat (4), qui a recueilli l'observation avec beaucoup de soin dans le service de Dupuytren, il ne fallait rien moins qu'une voie d'eau par nuit pour étancher sa soif : il avalait près de deux litres d'un seul trait. On a vu des malades se suspendre au robinet d'une fontaine, etc.

Les *boissons acides*, aigrelettes, la tisane vineuse sont celles que les malades préfèrent, parce qu'elles réussissent le mieux à calmer l'intensité de la soif.

(1) *Dict. des sc. méd.*, art. Soif.
(2) *Méd. prat.*, p. 307 et 621.
(3) *Éléments de médecine pratique*, t. II, chap. XII, p. 444.
(4) *Journ. gén. de méd.*, t. LXXX, p. 164. Paris, 1822.

Malgré un trouble si remarquable, la *santé générale* est ordinairement assez satisfaisante, quoique les individus présentent peu d'embonpoint. L'observation a montré que les digestions se font bien et que l'*appétit* est un peu plus souvent augmenté que diminué, sans être néanmoins exagéré comme la soif. La plupart des malades choisissent une alimentation végétale ; quelques uns n'ont de préférence pour aucune espèce d'aliments.

Il existe une sensation de *sécheresse à la langue et au pharynx*, sans tuméfaction, sans rougeur, sans douleur locale. La *bouche* est *pâteuse*, la *salive rare* et épaisse ; il y a en même temps, vers l'estomac, un sentiment de gêne qui ressemble à celle que produit une faim excessive. M. Lacombe a noté une sensation de froid dans le même organe, immédiatement après l'ingestion des boissons.

Un phénomène qui mérite d'être constaté, et qui est la conséquence naturelle de cette ingestion si considérable de liquides, est l'*émission fréquente des urines*. Les malades peuvent en rendre plus même que dans le diabète ; mais dans le cas qui nous occupe elles sont en proportion avec la quantité de liquide ingérée, et ont une composition particulière. L'urine est claire, bien limpide, peu ou point colorée, ressemblant souvent à de l'eau ; variant du reste suivant les heures auxquelles elle a été rendue et suivant la quantité de liquide prise par le malade ; sans dépôt, légèrement acide ou neutre, ne précipitant ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, ni par l'ammoniaque. Sa pesanteur varie généralement suivant la quantité d'urine. M. Rayer (1) donne comme pesanteur spécifique moyenne de l'urine, dans trois cas de polydipsie, 1001, — 1007, — 1009.

M. le docteur Fallot (2), de Namur, a cité un cas dans lequel la quantité des boissons prises était de 24 litres, et celle des urines de 25 litres. Celles-ci étaient très peu denses et ressemblaient à de l'eau ; mais elles étaient acides et contractaient promptement, à l'air, une odeur de moisi qui devenait très repoussante.

Les fonctions des appareils *respiratoire* et *circulatoire* présentent encore moins de dérangements que celles du tube digestif ; elles sont le plus ordinairement à l'état physiologique. Du côté du pouls, il n'y a rien de particulier à noter. La peau est le plus souvent sèche, quelquefois rugueuse. Enfin les malades sont sensibles au froid, soit lorsqu'ils ont soif, soit après avoir bu, et dans ce dernier cas la sensation de froid est marquée surtout à la région épigastrique.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Chez les enfants, suivant M. Lacombe, la polydipsie va en augmentant jusqu'après la puberté, puis reste ordinairement stationnaire ; mais quand les individus sont plus avancés en âge, son développement est autrement rapide ; en quelques jours elle a acquis toute son intensité. La forme intermittente s'est présentée dans cette maladie ; George Maxwel (3), Thomas Bartholin (4), et Klein en ont rapporté chacun un cas : mais cette forme est rare. Le plus souvent la polydipsie reste stationnaire. Il ne faut pas oublier un fait très curieux et qu'on aurait difficilement pu prévoir : chez plusieurs sujets, une maladie aiguë survenant, la soif, loin d'aug-

(1) *Traité des mal. des reins*. Paris, 1839, t. I, p. 75.
(2) *Journ. de méd. de Bruxelles*, novembre 1814.
(3) *Facts and med. obs.*, t. II, p. 78.
(4) *Coll. académique, partie étrangère*, t. VII.

menter, comme on aurait dû s'y attendre, a diminué notablement. La maladie intercurrente terminée, la polydipsie reprenait toute son intensité.

La polydipsie peut persister un grand nombre d'années, toute la vie même ; sa *durée* est indéterminée ; la guérison n'en est souvent qu'éphémère, et les récidives sont fréquentes. Hâtons-nous toutefois de dire qu'elle ne paraît avoir jamais occasionné la mort, que seulement elle laisse les individus dans un état de faiblesse continuel, et que lorsqu'elle commence dans l'enfance ou pendant la puberté, elle peut, comme M. Grisolle (1) en a vu un exemple, retarder le développement régulier du corps.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Le *diabète sucré* est la seule maladie avec laquelle il serait fâcheux de confondre la polydipsie ; nous allons rechercher dans ces deux affections les symptômes caractéristiques qui les différencient.

La polydipsie débute souvent dans l'enfance ; le diabète, au contraire, est comparativement rare à cet âge : il se déclare ordinairement de vingt-cinq à trente-cinq ans. Dans la polydipsie, l'action des organes génitaux n'est pas altérée, et généralement l'embonpoint ne diminue pas ; dans le diabète, il y a affaiblissement et bientôt anéantissement des forces génératrices, un amaigrissement qui augmente graduellement, et une faiblesse bien autrement considérable que dans la polydipsie.

Dès le début de leur maladie, les diabétiques accusent une faim violente qui augmente et persiste pendant plusieurs années ; ils ont une prédilection marquée pour le régime animal, tandis que dans la polydipsie nous avons trouvé tout l'opposé.

La soif, si vive dans les deux maladies, est peut-être plus insatiable dans la polydipsie, et quant à la quantité d'urine si considérable dans les deux cas, dans la polydipsie elle est généralement en rapport avec la quantité des liquides ingérés, tandis qu'elle la dépasse dans le diabète.

Enfin les qualités physiques et chimiques de l'urine fournissent d'excellents caractères pour différencier les deux affections ; mais je me réserve d'en traiter en détail à l'article que je consacrerai au diabète.

Pronostic. J'ai déjà dit que la science ne possédait pas d'exemples de mort occasionnée par la polydipsie ; mais quand elle ne serait qu'une incommodité plutôt qu'une maladie, comme le fait remarquer M. Lacombe en plusieurs passages de son Mémoire, elle n'en serait pas moins très fâcheuse, en raison de l'état maladif qu'elle entretient, de sa persistance, et de l'impuissance du traitement.

§ VI. — Traitement.

Il résulte des différents faits réunis par M. Lacombe, que le traitement de la polydipsie est très incertain. On est parvenu quelquefois à diminuer momentanément la soif, mais jamais à la faire cesser complétement et pour toujours. La diminution a été même, dans presque tous les cas, de très courte durée ; il serait donc inutile d'entrer dans de très grands détails à ce sujet, et l'on comprendra aisément qu'il suffit d'indiquer les principaux moyens mis en usage, et de laisser au médecin le soin de leur application à chaque cas particulier.

Parmi les substances qui ont été le plus souvent employées, il faut citer l'*opium*, la *valériane* et les *antispasmodiques*. Dans plusieurs observations prises dans le

(1) *Traité de pathologie interne*, t. I, p. 760.

service de M. Rayer, l'opium et la valériane n'ont pas eu d'effets constants. Chez un sujet cependant ces substances, et en particulier la valériane, ont eu pour effet de diminuer notablement la soif, mais pour un temps seulement. Ces médicaments n'ont pas été prescrits à de très hautes doses. Chez le sujet dont il s'agit, l'opium a été donné à la dose de 0,10 gramm. d'extrait, et la valériane à celle de 0,75 gramm. en poudre.

Parmi les antispasmodiques, le *camphre*, le *castoréum*, *l'assa fœtida* ont été mis en usage, et principalement par Muhrbeck (1). M. Rayer (2) a observé un cas dans lequel l'efficacité du *camphre* est très évidente. Il s'agit d'une femme de trente-cinq à quarante ans qui buvait jusqu'à 20 litres d'eau par nuit. L'usage du camphre réduisit la soif à l'état normal. Tant que cette femme continua à prendre le camphre, elle alla bien, mais peu de temps après qu'elle l'eut cessé, la maladie reparut. M. Rayer administrait ce médicament à la dose de 0,60 gramm. en pilules.

Les *ferrugineux* et les *toniques* ont été employés avec un certain succès par MM. Guillot et Michon ; le premier a uni les préparations ferrugineuses au *quinquina*, au *vin de Bagnols* et au *tannin*, et le second les a associées à la valériane et à la *glace* à l'intérieur et à l'extérieur.

Voici, d'après M. Lacombe, comment le docteur Graves traite la polydipsie : il donne la *poudre de Dower* à la dose de 30, 60 et même 150 grains par jour. Il fait prendre une infusion de *quassia*, et il prescrit des boissons acidulées, un *régime animal* et des *bains chauds*. Ce médecin regarde l'opium comme nuisible : mais les faits que nous connaissons prouvent que cette opinion n'est pas entièrement fondée.

M. le docteur Fleury (3) a traité avec succès un cas de polydipsie grave et qui avait résisté aux sudorifiques et aux purgatifs, par le *calomel* donné jusqu'à salivation. Voici sa prescription :

Julep gommeux........... 150 gram. | Calomel................ 0,30 gram.

Mêlez. A prendre en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Les jours suivants la dose du calomel fut portée à 0,60 gramm.

Bientôt survint la *salivation mercurielle ;* elle fut traitée par la méthode ordinaire, et quand elle céda, la soif fut ramenée à peu près à ses limites normales.

Cette guérison aura-t-elle été durable ?

Je me bornerai à ajouter que le *cuivre ammoniacal*, les *frictions mercurielles*, la *teinture de cantharides*, les *purgatifs drastiques* (4) et même les *émissions sanguines* ont été également prescrits. Je n'insiste pas, je le répète, sur tous ces moyens, parce qu'ils n'ont qu'une utilité très contestable, et que l'expérience a encore tout à nous apprendre sur ce point.

Enfin, M. le docteur Debout m'a cité plusieurs cas dans lesquels le *nitrate de potasse*, déjà indiqué par J. Frank, a eu un plein succès. La dose de ce sel doit être élevée à 8,12 gramm. et plus dans quatre ou cinq litres de liquide, ce qui est facile, les malades buvant beaucoup.

Ici se termine ce que j'avais à dire des maladies de l'estomac. Si l'on réfléchit à

(1) *Hufel. Journ.*, mai 1820.
(2) *Annales de thérapeut.*, avril 1848.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVII, p. 69.
(4) Marchal, *Quelques consid. sur la soif.* Thèse. Paris, 1815.

la fréquence et à l'importance de ces maladies, si l'on se rappelle qu'à chaque instant le médecin est appelé à en constater l'existence et à en combattre les symptômes, on ne trouvera pas que je sois entré dans de trop grands développements à leur sujet. Elles constituent une des parties les plus intéressantes de la pathologie, et, dans l'état actuel de la science surtout, elles ne pouvaient pas être légèrement traitées. Il y a quelques années, il n'était bruit que des affections inflammatoires de l'estomac. Les travaux publiés à cette époque ont répandu une foule d'idées erronées et ont jeté la plus grande confusion dans la description des maladies gastriques. Discuter les opinions, réduire les idées théoriques à leur juste valeur, exposer d'une manière précise les résultats de l'observation, telle est la tâche que j'ai dû m'imposer. Si, comme je l'espère, les articles contenus dans le chapitre précédent sont regardés comme ayant simplifié l'étude des affections gastriques et comme ayant établi une ligne de démarcation suffisante entre des maladies trop souvent confondues, je croirai avoir donné à mes lecteurs une des parties les plus utiles de cet ouvrage.

Passons maintenant aux maladies qui ont leur siége à la fois dans l'estomac et dans les intestins.

CHAPITRE V.

MALADIES OCCUPANT A LA FOIS L'ESTOMAC ET LES INTESTINS.

C'est encore une erreur commune de croire que l'estomac et les intestins sont fréquemment affectés *à la fois* de maladies primitives, et c'est l'*école physiologique* qui, en insistant comme elle l'a fait sur la grande fréquence et la grande gravité de la gastro-entérite, a propagé cette erreur; mais l'observation s'est chargée de la rectifier, et aujourd'hui les faits nous sont suffisamment connus pour que nous puissions la relever. De simples troubles de fonctions qui se montrent au début d'un grand nombre de maladies aiguës, en ont imposé pour des lésions organiques, et, sans chercher à vérifier des idées préconçues, on a établi une théorie qui, présentée d'une manière séduisante, a entraîné les esprits. C'est ainsi qu'on a vu et fait voir aux autres une gastro-entérite dans la fièvre typhoïde, dans certaines fièvres intermittentes et dans la plupart des maladies aiguës avec mouvement fébrile intense. Mais l'ouverture des corps, qui a démontré l'intégrité de l'estomac et souvent même de l'intestin ; l'étude attentive des symptômes, qui, dans les cas où des lésions inflammatoires se sont montrées, a appris qu'elles n'étaient que secondaires ; l'examen des autres organes, qui a fait connaître la véritable source des maladies, n'ont pas tardé à dissiper ces illusions. Aussi, dans l'état de nos connaissances, ne devons-nous reconnaître comme maladies occupant à la fois l'estomac et les intestins, que quelques *gastro-entérites* rares, la *gastro-entéralgie*, le *choléra-morbus sporadique* et le *choléra-morbus épidémique*. Ce sont ces affections qui vont faire le sujet de ce chapitre.

ARTICLE I[er].

GASTRO-ENTÉRITE.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la gastro-entérite a joué un très grand rôle il y a

quelques années. Aujourd'hui il y a des médecins qui vont jusqu'à en nier l'existence. Sa très grande rareté, à l'état de simplicité, motive jusqu'à un certain point cette manière de voir. Cependant, en réunissant les observations de gastrite destinées à servir de base à un des articles précédents, j'ai trouvé deux cas dans lesquels des symptômes survenant en même temps du côté de l'estomac et des intestins n'ont pas laissé de doute sur l'existence de l'affection, et l'on peut en voir quelques exemples semblables dans les auteurs. Il n'en est pas moins vrai que les descriptions qu'on nous en a données sont fautives, par la raison qu'elles ont eu pour objet des maladies qui ne sont pas bornées à l'estomac et aux intestins, ou n'attaquent ces organes que secondairement.

1° *Gastro-entérite aiguë.* Aujourd'hui on ne regarde plus la fièvre typhoïde comme une gastro-entérite. M. Roche lui-même (1) a abandonné cette manière de voir, et un médecin aussi judicieux ne pouvait manquer de se rendre aux nombreuses preuves fournies dans ces dernières années par l'observation attentive (2). Mais à l'époque où écrivait Broussais, elle a, on peut le dire, dominé la pathologie et la thérapeutique; et comme quelques médecins pourraient encore n'être pas suffisamment détrompés, il importe de constater que cette opinion a cessé d'être soutenue, même par ses anciens propagateurs. Toutefois on est loin d'être encore d'accord sur les limites qu'il faut assigner à la gastro-entérite. M. Roche, que je viens de citer, est celui qui récemment a le plus étendu le domaine de cette affection; voyons donc ce qu'il entend par le mot *gastro-entérite.*

Suivant lui, il faut distinguer trois formes principales de gastro-entérite : 1° la *gastro-entérite simple;* 2° la *gastro-entérite gélatiniforme;* 3° la *gastro-entérite pseudo-membraneuse.* Chacune de ces trois formes se sous-divise en aiguë et en chronique.

La seconde me paraît, quant à présent, devoir être rejetée. Bien qu'on ait parlé quelquefois du ramollissement intestinal coïncidant avec le ramollissement de l'estomac, il est certain que les descriptions n'ont porté que sur ce dernier. Celui-ci doit donc être regardé seul comme acquis à la science, avec les restrictions que j'ai cru devoir apporter dans sa description (3). De plus, certains auteurs cités par M. Roche ne reconnaissent pas le ramollissement intestinal; puisque, pour eux, la lésion est due uniquement à l'action du suc gastrique sur l'estomac, il n'y aurait donc aucun intérêt réel à admettre et à décrire une pareille forme de la gastro-entérite.

Quant à la gastro-entérite pseudo-membraneuse, elle ne serait caractérisée, d'après M. Roche, que par l'expulsion de fausses membranes par les selles, et les symptômes du côté de l'estomac seraient à peine perceptibles. On ne saurait par conséquent donner à cette maladie le nom de *gastro-entérite;* il sera temps d'en parler à l'occasion des maladies de l'intestin.

Pour nous donc il n'y aura d'autre gastro-entérite que l'inflammation simple et simultanée de l'estomac et de l'intestin; mais ici nous retrouvons les opinions de l'école physiologique, dont il est nécessaire de dire un mot, et pour cela je prends encore l'ouvrage de M. Roche, qui est le plus récent. Suivant cet auteur, il y aurait

(1) *Nouv. élém. de path. méd.-chir.*, 4e édit. Paris, 1844, t. I, p. 489.

(2) Louis, *Rech. sur la malad. connue sous le nom de gastro-entérite*, etc. Paris 1829, 2 vol. in-8.

(3) Voy. l'art. *Ramoll. gélat. de l'estom.*

six formes ou espèces de gastro-entérite simple aiguë : la première ne serait autre chose que la maladie connue sous les noms de *fièvre inflammatoire*, *synoque*, *éphémère ;* dans la seconde se trouverait la *fièvre* connue sous les noms de *gastrique*, *mésentérique*, *bilieuse*, etc.; dans la troisième, il faudrait classer la *fièvre lente nerveuse*, *muqueuse*, *adéno-méningée ;* la quatrième serait tout simplement le *choléra sporadique ;* dans la cinquième, M. Roche fait entrer une maladie qu'on désignait autrefois sous les noms d'*embarras intestinal simple* et d'*embarras intestinal bilieux ;* et dans la sixième enfin nous trouverions la maladie désignée sous les noms de *fièvre maligne*, *nerveuse*, *cérébrale*, *ataxique.*

Il suffit d'un coup d'œil jeté sur cette nomenclature pour voir que, tout en cherchant à mettre à part la fièvre typhoïde, M. Roche et les médecins qui embrassent son opinion se sont sentis retenus par leur ancienne manière de voir, et qu'ils n'ont pu s'empêcher d'accorder, dans leur description de la gastro-entérite, une certaine place aux diverses formes de l'affection typhoïde. C'est là une question importante et qui exige que je m'y arrête un instant.

Il existe sans doute un certain nombre de fièvres dont il est difficile d'apprécier la nature : telle est en particulier la fièvre éphémère qu'on a souvent occasion d'observer dans les hôpitaux, qui s'annonce quelquefois avec des symptômes menaçants, et qu'il est tout aussi difficile de localiser dans l'estomac et les intestins que partout ailleurs. Cette *fièvre éphémère*, *courbature*, etc., mérite l'attention du médecin, elle doit être décrite ; mais on ne voit nullement la raison d'en faire une gastro-entérite. Les légers troubles digestifs qui existent en pareil cas sont tout simplement l'effet de la fièvre, et l'on ne saurait voir en eux la source de tous les autres symptômes. Quant à la deuxième forme, *fièvre bilieuse* ou *méningo-gastrique*, il est évident aujourd'hui que sous ce nom on a tantôt décrit de simples embarras gastriques et tantôt de véritables fièvres typhoïdes légères. En pareil cas, la perte de l'appétit et quelques vomissements au début ne sont assurément pas plus une preuve de l'inflammation de l'estomac que ne le sont des troubles digestifs plus grands dans la pneumonie commençante, par exemple.

La troisième forme est, « pour beaucoup de médecins de nos jours, dit M. Roche (1), une fièvre typhoïde légère, ce qui est évidemment une erreur. » Il est absolument impossible d'accepter un pareil jugement, porté ainsi sans aucune preuve, lorsque nous avons des observations exactes, rigoureuses, qui démontrent jusqu'à la dernière évidence qu'il existe bien réellement, en pareil cas, une fièvre typhoïde. L'ouverture des corps n'est-elle pas venue montrer que les lésions anatomiques, chez les sujets qui ont succombé à cette prétendue espèce de gastro-entérite, étaient exactement celles de la fièvre typhoïde ?

Le *choléra sporadique*, qui serait, d'après M. Roche, la quatrième forme, doit-il être placé parmi les gastro-entérites ? C'est là ce qui n'est nullement démontré ; mais comme dans un des articles suivants je décrirai cette affection, je n'insisterai pas ici sur ce point, car j'aurai à revenir sur cette question en traitant des lésions anatomiques du *choléra européen.*

La cinquième forme serait peut-être la seule qu'on pourrait admettre ; mais encore faut-il reconnaître que la description donnée par M. Roche est très vague

(1) *Loc. cit.*, p. 494.

et ne s'applique à aucun état déterminé. Quant à la sixième, c'est une fièvre typhoïde tellement caractérisée, qu'on doit être surpris de voir cet auteur la conserver après la déclaration qu'il a faite au commencement de son article. Jamais on ne verra une simple gastro-entérite donner lieu aux phénomènes de la *fièvre maligne* ou *ataxique*.

Ces explications étaient, je le répète, nécessaires, car il importe d'établir une distinction précise entre les divers états morbides, si l'on veut arriver à des résultats thérapeutiques satisfaisants.

En définitive, nous n'admettons d'autre gastro-entérite que celle que j'ai indiquée plus haut, et qui donne lieu aux phénomènes suivants : Du côté de l'estomac, *anorexie*, *nausées*, *vomissements bilieux* plus ou moins répétés, *douleur épigastrique;* du côté de l'intestin, quelques *coliques*, de la *diarrhée*, des *douleurs de ventre*, et enfin, comme *symptômes généraux*, une légère *accélération du pouls*, un peu de *chaleur*, et parfois de la *céphalalgie*.

Cette courte description suffit pour faire voir qu'il n'y a autre chose dans la gastro-entérite que la réunion des symptômes de la gastrite exposés plus haut et de ceux de l'entérite qui seront décrits plus tard. Il y a loin, sans doute, de cette manière de voir à celle qui a été soutenue il y a quelques années; mais l'observation ne permet pas d'en avoir d'autre.

Cette affection, au reste, est *rare;* elle l'est plus que la gastrite simple dont j'ai signalé plus haut le peu de fréquence; et si l'on a cru la trouver souvent, c'est que, tombant dans un excès opposé à celui des anciens auteurs qui ne tenaient compte que de l'état fébrile commun à tant de maladies, on n'a voulu tenir compte que de quelques troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin, également communs à des affections très différentes.

D'après ce qui précède, il serait inutile d'insister longuement sur une pareille maladie. Je me contenterai donc de dire, relativement aux *causes*, que, dans un des cas dont j'ai eu l'observation sous les yeux, il y avait des *vers intestinaux*, et relativement à la *marche de la maladie*, qu'elle s'est montrée de *courte durée* et sans exacerbation marquée.

Un fait que j'ai observé (1) lors de l'apparition du choléra à Paris, prouve que, sous l'influence d'une épidémie, la gastro-entérite peut prendre un caractère particulier. Il s'agissait d'une jeune femme qui, éprouvant depuis quelques jours les symptômes d'une gastro-entérite, les négligea complétement. Bientôt le refroidissement, la cyanose, l'excavation des yeux, l'abondance des évacuations, donnèrent à l'affection la physionomie du choléra, et cependant les douleurs épigastriques, la nature bilieuse des vomissements, lui conservaient les caractères d'une gastro-entérite : c'était, ainsi que je l'ai fait remarquer, une *gastro-entérite cholériforme*.

On pourrait croire qu'une inflammation étendue ainsi à une grande partie des voies digestives doit avoir des symptômes beaucoup plus graves que celle qui n'en affecte qu'une partie : la gastrite, par exemple; mais nous n'avons pas de faits qui prouvent qu'il en soit ainsi. Les gastro-entérites bien caractérisées, dont on trouve quelques observations rares, *n'ont pas eu de gravité réelle*. Quant aux *lésions*

(1) *Gaz. des hôp.*, 1849.

anatomiques, elles sont les mêmes que celles de la gastrite et de l'entérite.

Si les opinions qui ont été soutenues dans ces dernières années prévalaient encore, il faudrait nécessairement entrer dans d'assez grands détails relativement au *diagnostic;* mais aujourd'hui que les erreurs de cette époque ont été dissipées par l'observation, il serait inutile d'aborder ces détails. Il me suffit de dire que les vomissements bilieux, d'une part, la diarrhée, de l'autre, et enfin un mouvement fébrile léger, en l'absence de cet appareil de phénomènes généraux si variés qui caractérisent la fièvre typhoïde, sont des signes qui fixent promptement le diagnostic. Si toutefois des circonstances particulières rendaient ce diagnostic plus difficile, quelques jours d'observation suffiraient pour l'éclairer; car la persistance des symptômes et l'apparition de nouveaux phénomènes feraient bientôt reconnaître l'existence d'une véritable fièvre typhoïde.

Le *traitement* de la gastro-entérite ne doit pas beaucoup nous arrêter. Il n'est autre, en effet, que celui de la gastrite et de l'entérite réunies. Ainsi, les *boissons émollientes*, quelques *sangsues* à l'épigastre, de petites quantités d'*opium*, quelques *lavements laudanisés*, la *diète* et le *repos* en formeront la base. Si l'on soupçonnait la présence des vers, il ne faudrait pas hésiter à administrer quelques *purgatifs*, et même des *anthelmintiques;* mais de plus longs détails à ce sujet seraient inutiles.

2° *Gastro-entérite chronique.* Je ne dirai qu'un mot de la *gastro-entérite chronique*, et ce sera pour répéter ce que j'en ai dit à l'occasion de la gastralgie. L'immense majorité des cas dans lesquels on a admis l'existence de cette affection n'étaient autre chose que des *gastro-entéralgies.* Lorsqu'il existe en même temps une inflammation chronique de l'estomac et des intestins, la maladie n'offre rien qui lui soit propre; c'est tout simplement la réunion de deux affections qu'il suffit de connaître séparément.

ARTICLE II.

GASTRO-ENTÉRALGIE.

Ce que je viens de dire de la gastro-entérite s'applique parfaitement à la gastro-entéralgie. Elle est constituée par deux affections réunies, qu'il suffit, pour les traiter, de connaître séparément. Disons toutefois que la réunion de ces deux affections est très fréquente. Il est rare, en effet, que les sujets atteints d'une véritable gastralgie n'éprouvent pas en même temps quelques symptômes nerveux du côté des intestins; c'est ce que j'ai déjà fait observer, et ce que je rappellerai encore à l'article *Entéralgie.* Pour ces raisons, je n'insisterai pas davantage; il sera très facile au médecin, quand il connaîtra l'affection nerveuse de l'estomac et celle de l'intestin, d'en former un tout, de manière à avoir la description de la gastro-entéralgie.

ARTICLE III.

CHOLÉRA-MORBUS SPORADIQUE.

Malgré les nombreuses descriptions que nous avons du choléra-morbus sporadique, on éprouve une assez grande difficulté à lui assigner une place exacte dans le cadre nosologique. Nous manquons, en effet, d'observations bien exactes de cette affection. Les faits qui ont été rapportés par les auteurs sont en général exposés

d'une manière très laconique; ils manquent des détails les plus importants, et, d'un autre côté, nous avons une multitude d'hypothèses et d'explications théoriques qui ne servent qu'à rendre la question plus obscure. Nous verrons plus loin que toutes les causes attribuées à l'indigestion sont aussi les causes assignées au choléra-morbus sporadique, et qu'en outre la maladie présente tous les phénomènes d'une digestion troublée. Cette espèce de choléra ne serait-elle donc qu'une simple indigestion? C'est ce qu'il serait possible d'appuyer et de soutenir sur des faits assez nombreux. Mais, d'un autre côté, il y a dans cette affection quelque chose de spécial. La supersécrétion qui se forme dans le tube digestif tient évidemment à un état inconnu qui ne se rencontre pas dans les indigestions ordinaires, et cette considération seule, quand même l'opinion précédente serait mieux appuyée qu'elle ne l'est, suffirait pour faire accorder au choléra sporadique une description particulière.

Cette maladie a été connue et décrite dès la plus haute antiquité. Hippocrate (1) en a plusieurs fois parlé dans ses ouvrages, et tous les auteurs qui sont venus après lui en ont donné des descriptions plus ou moins étendues. Quand on examine attentivement ces descriptions, on voit qu'un certain nombre d'états morbides différents ont été exposés sous cette dénomination; car il suffisait de vomissements abondants avec déjections alvines fréquentes, pour que la plupart des auteurs des siècles passés admissent l'existence du choléra-morbus. D'où il résulte que de simples indigestions, l'effet exagéré des éméto-cathartiques, et même les résultats d'un empoisonnement, ont été décrits sous ce nom. Dans ces derniers temps, il n'a paru qu'un petit nombre de travaux particuliers sur cette affection. Je citerai principalement ceux de M. Ménard (2) et de M. Chauffard, d'Avignon (3), qui se sont spécialement occupés de cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit donner le nom de *choléra sporadique* à une maladie caractérisée par des vomissements violents, abondants, répétés, survenant brusquement ou après un court malaise, sans autre cause que celles qu'on attribue à l'indigestion, et accompagnés ou promptement suivis de déjections alvines abondantes et persistantes. Il est encore d'autres symptômes importants que j'indiquerai plus loin, et que je ne place pas dans cette définition, parce que ceux que je viens d'indiquer sont primitifs et caractéristiques.

Le mot *choléra* signifie *flux de bile;* cependant les vomissements sont loin d'être toujours bilieux. On a encore donné à la maladie les noms de *cholera nostras*, de *trousse-galant*, de *passio cholerica*, de *cholerrhagie* (Chaussier). Presque toutes ces dénominations, comme on le voit, se rapprochent de la plus ancienne, qui doit être conservée, quoique sa signification ne soit pas parfaitement exacte.

Le choléra sporadique *n'est pas une maladie fréquente;* cependant il ne se passe pas d'année où l'on n'en observe quelques exemples dans les divers pays. Nous verrons plus loin quelles sont, suivant les auteurs, les régions où il se montre le plus fréquemment.

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. V, des Épidémies, liv. V, p. 249.
(2) *Gazette médic.*, 1832.
(3) *Mém. sur le choléra-morbus* (*Journal général de méd.*, 1829).

§ II. — Causes.

Les auteurs, n'ayant pas eu à leur disposition un nombre suffisant d'observations, n'ont pas pu indiquer d'une manière très précise les causes du choléra-morbus sporadique. Cette réflexion toutefois ne s'applique qu'en partie aux causes occasionnelles ; car, dans le plus grand nombre des cas, il y a une liaison telle entre l'apparition des symptômes et la cause déterminante, qu'il ne peut rester de doute sur cette dernière.

1° Causes prédisposantes.

Suivant les auteurs, la *jeunesse*, l'*âge mûr* et le *sexe masculin* sont plus exposés à cette affection que les autres âges et que le sexe féminin. Presque tous ont admis l'existence de *conditions atmosphériques* particulières, comme favorisant la production du choléra sporadique. La *fin de l'été*, le *commencement de l'automne*, les *chaleurs très grandes*, surtout dans les pays où la température est très élevée pendant le jour et basse pendant la nuit, sont les conditions dans lesquelles il est admis que se manifeste particulièrement cette affection.

Suivant Hippocrate, elle était *fréquente en Grèce*, et, suivant les auteurs modernes, on l'observe souvent en *Italie* et en *Espagne*.

Dans quelques circonstances on l'a vue apparaître en même temps chez un nombre assez considérable d'individus, et alors l'affection, qui tendait à prendre le caractère épidémique, a été attribuée à des conditions atmosphériques particulières (1). Je me contente de ces indications, parce que les éléments pour une appréciation plus exacte nous manquent complétement.

2° Causes occasionnelles.

On voit généralement le choléra sporadique se produire après l'ingestion de substances indigestes, ou lorsque certaines circonstances particulières sont venues *troubler la digestion*, et c'est là ce qui a fait attribuer les symptômes à une simple indigestion. Il serait inutile d'insister sur les causes de ce genre, car ce que j'en ai dit à l'occasion de cette dernière affection est suffisant.

Le docteur Searle (2) a vu la maladie se produire sur les deux tiers des enfants d'une école, par suite de l'ouverture d'un *égout infect* dans le voisinage ; deux sujets succombèrent.

J'ai déjà dit que plusieurs auteurs avaient regardé comme des choléras, des évacuations abondantes dues aux *éméto-cathartiques*. Il est certain que les phénomènes de collapsus sont les mêmes en pareil cas : mais il y a cette différence que ces derniers accidents ne reconnaissent pas pour cause celle qu'il faut nécessairement admettre pour le choléra ordinaire, et que, uniquement produits par un agent externe, ils sont ordinairement beaucoup plus faciles à arrêter.

M. le docteur Victor Racle (3) a rassemblé un assez bon nombre de cas dans lesquels le choléra sporadique est apparu au milieu d'une autre affection, et il a vu que ce choléra est très grave. Il a désigné cette espèce de choléra sous le nom de *choléra sporadique symptomatique*.

(1) Sydenham, *Opera omnia medica*.
(2) *On cholera*, 1829.
(3) *Mém. sur le chol. spor. sympt.* (*Revue méd.-chir.*).

Enfin il faut, comme je viens de le dire, reconnaître l'existence d'une *cause inconnue*, pour qu'un accident qui, dans les circonstances ordinaires, ne présente pas d'autres phénomènes que ceux d'une indigestion simple, soit accompagné de la supersécrétion gastro-intestinale caractéristique, supersécrétion qui devient la source des plus graves symptômes.

§ III. — Symptômes.

Doit-on, dans la description des symptômes, diviser le choléra sporadique en plusieurs espèces, comme l'a fait en particulier le docteur J. Copland (1). Suivant lui, il faudrait distinguer trois variétés de choléra, qui sont : le *choléra bilieux*, le *choléra flatulent* et le *choléra spasmodique*; mais, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs du *Compendium*, on ne voit dans les observations aucun motif d'admettre une division semblable, et dans l'article du docteur Copland je n'ai trouvé autre chose, pour distinguer les espèces, que la plus grande prédominance de symptômes communs à tous les cas.

Début. Très souvent le choléra européen se manifeste tout à coup, et l'on a remarqué que c'était surtout pendant la nuit qu'avait lieu son invasion. Dans d'autres circonstances il est précédé, pendant un temps variable, de pesanteur, de malaise à l'épigastre, parfois de véritables douleurs, en un mot de quelques signes d'une violente indigestion.

Symptômes. Le premier symptôme de cette affection est une *douleur* plus ou moins violente occupant l'épigastre et souvent une assez grande étendue de l'abdomen. Elle consiste dans des *tortillements*, des *coliques*, une *compression* violente qui donne lieu à une vive anxiété. Si alors on palpe l'abdomen, on le trouve plus ou moins *douloureux à la pression* dans les points indiqués.

Je ne sache pas que la *percussion* ait été pratiquée dans des cas de ce genre. Cependant on ne peut douter que l'accumulation des matières, qui a lieu nécessairement dans ce moment, ne soit reconnue à l'aide des signes indiqués à l'article *Indigestion*.

Les *nausées* ne tardent pas à apparaître. Elles sont parfois accompagnées d'*éructations*, de *rapports acides*; mais le plus souvent les *vomissements* leur succèdent presque immédiatement. La matière de ces vomissements consiste d'abord dans les aliments et les boissons mal digérés; puis elle est composée d'un liquide aqueux plus ou moins mêlé de bile; et enfin les vomissements sont jaunes, verts ou verdâtres, amers, et par conséquent presque entièrement *bilieux*. Cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi, et l'on a vu des vomissements abondants être toujours composés d'un liquide âcre qui brûlait l'arrière-gorge : c'est ce qu'avaient déjà remarqué les auteurs anciens, et Lazare Rivière (2) en particulier, qui en tirait une objection contre le nom de *choléra* ou *flux de bile*.

En même temps que les vomissements, ou presque immédiatement après, surviennent des *coliques* violentes, des *selles abondantes* de matières âcres, souvent très fétides, et qui, chez quelques sujets, corrodent fortement l'anus. Ces selles sont, dans un assez grand nombre de cas, d'une abondance extraordinaire. C'est au point qu'on a vu des sujets remplir en peu d'instants un grand nombre de vases

(1) *Dict. of pract. med.*, 1835, t. I.
(2) *Praxeos med. lib. IX*. — *Op. med. univ.* Lugduni, 1663.

qu'on avait à peine le temps de vider. Elles sont précédées ou accompagnées de *gargouillements* du ventre, de *borborygmes*. On les trouve d'abord composées de matières fécales liquides, puis d'un liquide mêlé parfois d'aliments mal digérés, et enfin elles sont verdâtres, noirâtres, herbacées, évidemment *bilieuses*.

C'est lorsque les selles ont cette grande abondance qu'on trouve la *paroi abdominale dure* et rétractée, et que souvent la douleur du ventre est extrême.

Un symptôme qui peut se joindre à ceux qui viennent d'être indiqués, est le *hoquet* qui parfois est opiniâtre.

On a dit que, dans le choléra, la *langue* est ordinairement rouge et sèche ; mais, sous ce rapport, l'observation n'a pas été faite d'une manière exacte. Ce qu'il y a de certain, c'est que, soit par suite de l'irritation causée par le passage des matières âcres, soit par suite de l'abondance des excrétions, les malades se plaignent souvent d'une *sensation d'ardeur* très vive à la gorge. Ils éprouvent en même temps une *soif* plus ou moins vive, et ce symptôme est d'autant plus incommode, que l'ingestion des boissons provoque presque immédiatement le vomissement. Ces vomissements étant presque toujours douloureux par suite de la contraction convulsive de l'estomac, on a vu des sujets éviter, malgré la soif, toute ingestion de liquide.

Une autre circonstance qui favorise notablement le vomissement, est le *mouvement*. Or les mouvements sont presque incessamment excités par les douleurs spontanées, les *crampes*, qui engagent le malade à prendre des positions diverses, dans l'espoir de se soulager.

Je viens de dire un mot des *crampes* qui surviennent dans cette affection. C'est ordinairement après un certain nombre d'évacuations qu'elles se manifestent. Occupant particulièrement les mollets, puis les pieds, elles sont, dans des cas assez rares, étendues à tout le corps. Parfois on les voit manifestement se produire dans l'abdomen, où les muscles, en se contractant, forment des bosselures dures et douloureuses. Dans certains cas, elles ont une violence vraiment effrayante.

A la suite de ces symptômes, le *pouls* devient accéléré, plus ou moins étroit, et lorsque les évacuations sont très abondantes, il est filiforme, misérable. La voix devient faible, basse, et parfois il y a une *aphonie* presque complète ; en même temps la *respiration* est haute, quelquefois suspirieuse et accélérée.

En même temps il y a *refroidissement* plus ou moins marqué des téguments, et principalement aux extrémités et à la face. Malgré l'abondance des évacuations, la peau n'est pas ordinairement sèche ; le plus souvent, au contraire, on voit apparaître une *sueur* parfois visqueuse, et ordinairement froide, sur les diverses parties du corps.

Du côté du système nerveux, on observe une *anxiété* plus ou moins grande, une *prostration* en rapport avec la violence des symptômes, un plus ou moins grand *découragement*, et quelquefois une *céphalalgie* qui n'a jamais une grande importance.

Le plus ordinairement la maladie, arrivée à ce point, cède aux moyens employés pour la combattre ; mais dans quelques cas, heureusement rares, elle fait des progrès. Les évacuations par la bouche et par l'anus deviennent presque *continuelles* ; les selles sont *involontaires*, les *crampes incessantes*, l'anéantissement complet. La *face* devient *pâle*, avec une expression d'abattement profond ; les *yeux s'excavent*, les *joues se creusent*, le malade paraît d'une *grande maigreur* ; la figure, en un mot, est grippée et présente le caractère *hippocratique*. C'est alors que surviennent

les *lipothymies*, les *syncopes*, la *carphologie*, les *soubresauts des tendons*, et que le malade peut succomber rapidement.

Après la guérison, il reste parfois, pendant un ou plusieurs jours, un peu de susceptibilité de l'estomac et des intestins, que des boissons douces et un régime convenable ne tardent pas à dissiper.

Tel est le tableau du choléra sporadique. Sans doute les observations exactes nous feront connaître un jour des particularités qui nous échappent, mais tel est aujourd'hui l'état de nos connaissances.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* du choléra sporadique est essentiellement aiguë. En quelques heures les malades sont rendus à la santé ou succombent à la violence du mal. On a, il est vrai, décrit quelques choléras qui auraient duré un certain nombre de jours (1), mais il n'était évidemment question, dans ces cas, que d'affections intestinales variées, avec vomissement et diarrhée opiniâtres. Les progrès du mal sont, du reste, incessants et continus, sauf quelques petits intervalles de calme que laissent entre eux les vomissements et les crampes.

Je viens de faire remarquer que la *durée* était très courte. Elle est en rapport avec l'abondance des évacuations. C'est cette courte durée qui a fait donner à la maladie quelques noms particuliers.

Nous venons de voir que, bien différent en cela du choléra asiatique, le choléra sporadique se *termine* presque constamment par la guérison. Un certain nombre de cas de terminaison funeste qui ne laissent aucun doute ont cependant été observés, et prouvent le danger de cette affection.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il y a eu des discussions assez vives sur les lésions anatomiques propres au choléra-morbus sporadique. C'était, en effet, une question qui touchait à la nature de la maladie sur laquelle les divers auteurs ont soutenu des opinions très différentes. Voyons donc ce qu'on a observé.

Les anciens attribuaient le choléra à une certaine corruption de la bile : aussi quelques auteurs ont-ils recherché dans la composition de ce liquide la cause matérielle de la maladie. Portal (2) a parlé d'une bile âcre capable d'excorier les tissus; mais cette observation n'a pas été faite par les auteurs plus récents, et en outre il n'est pas douteux que Portal n'ait confondu des maladies très diverses, ainsi que l'ont très bien fait remarquer les auteurs du *Compendium*.

D'autres trouvant, dans quelques cas, un peu de rougeur des intestins, parfois une coloration brunâtre, d'autres fois des ulcérations, ont regardé la maladie comme constituée par une *inflammation gastro-intestinale*. M. Chauffard a défendu cette opinion; mais si l'on considère les circonstances dans lesquelles s'est produite la maladie, l'absence de toute lésion anatomique constatée dans un grand nombre de cas, la variété des lésions inflammatoires qui ont été trouvées, on ne peut pas douter qu'il n'y ait eu erreur de diagnostic, ou que le choléra ne se soit tout simplement développé comme complication d'une autre maladie. Quant aux observations

(1) Voy. en particulier Lobstein, *Mémoire de méd. prat.* Paris, 1832, in-8°.
(2) *Observ. sur la nat. et le trait. des malad. du foie*. Paris, 1813.

de M. Gravier (1), invoquées par M. Roche, elles portent sur le *choléra-morbus asiatique*, et n'ont aucune valeur dans la question qui nous occupe. J'y reviendrai dans l'article suivant.

Faut-il parler maintenant d'*altérations du foie*, de la *rate*, de l'*œsophage*, etc., auxquelles on a voulu attribuer le choléra? Je ne le pense pas, car c'est une question jugée.

En résumé, l'ouverture des cadavres n'a fait reconnaître aucune lésion anatomique propre au choléra-morbus sporadique, et même, en admettant avec le docteur Brown (2) que des individus ont pu succomber plusieurs jours après l'invasion de ce choléra, et que la teinte foncée des intestins est un signe d'inflammation, ce qui est loin d'être prouvé, on ne devrait regarder la lésion que comme consécutive.

Il y a donc, à n'en pas douter, dans le choléra sporadique, un état particulier, inconnu, probablement nerveux, qui fait que les causes qui n'auraient, dans d'autres circonstances, produit qu'une indigestion ordinaire, donnent lieu aux évacuations excessives dont les autres symptômes sont la conséquence.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On a, ce me semble, beaucoup plus insisté sur le diagnostic du choléra qu'il n'était nécessaire. Cette maladie a, en effet, une physionomie propre qui ne permet de la confondre avec aucune des maladies intestinales qui ont une certaine durée. Après avoir examiné les diverses affections qui peuvent s'en rapprocher, je ne trouve que l'indigestion, l'empoisonnement et le choléra épidémique qui puissent donner lieu à quelque difficulté.

Pour distinguer l'*indigestion* du choléra sporadique, on a cherché des différences dans la nature des matières vomies, dans leur odeur, dans celle des éructations nidoreuses ; mais je ne crois pas que ces différences soient suffisantes, car elles n'existent que dans quelques cas. Si l'on étudie attentivement l'indigestion, on voit qu'au début il est très difficile, pour ne pas dire impossible, de porter un diagnostic positif ; mais bientôt l'abondance des vomissements et des évacuations alvines, la présence de la bile dans les matières rejetées, les crampes, la faiblesse extrême ne tardent pas à faire reconnaître l'existence d'un véritable choléra, et toute incertitude cesse.

Quant aux *empoisonnements*, il est difficile d'établir le diagnostic, en général, attendu que les diverses espèces d'empoisonnements ont leur physionomie propre. J'emprunte à M. Grisolle (3) le passage suivant, parce qu'il me paraît contenir tout ce qu'il importe de savoir sur ce diagnostic, ainsi porté d'une manière générale.

« Le choléra, dit cet auteur, offre beaucoup de ressemblance avec l'empoisonnement par les poisons irritants. Cependant, dans ces derniers cas, les accidents se sont développés après l'ingestion dans l'estomac d'une substance qui a produit le plus souvent un sentiment de chaleur, de cuisson, de brûlure dans la gorge et l'œsophage, et même dans la bouche, où l'on trouve parfois des taches, des escarres, qui dénotent l'action d'un caustique. Les vomissements, au lieu de se manifester

(1) *Doc. sur le chol.-morb. de l'Inde* (*Ann. de la méd. phys.*, 1827).
(2) *Cyclop. of pract. med.*, t. I.
(3) *Traité élém. et prat. de path. int.*, t. I, p. 765

à peu près simultanément avec les évacuations alvines, précèdent, au contraire, celles-ci de plusieurs heures. Les douleurs de ventre présentent la même progression ; car, bornées d'abord à l'épigastre, ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'elles gagnent le reste de l'abdomen. »

Je renvoie le diagnostic du *choléra épidémique* et du choléra sporadique à l'article suivant, où il sera exposé en détail.

Pronostic. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le pronostic du choléra sporadique est ordinairement favorable. L'existence d'évacuations involontaires, un collapsus profond, le refroidissement des extrémités, un pouls fréquent et misérable, sont des symptômes très graves, et qui annoncent parfois une mort prochaine.

Des faits rassemblés par M. V. Racle (1), il résulte que le choléra sporadique qui survient dans le cours d'une autre affection, intestinale ou non, présente un très grand danger, et que *le plus grand nombre des cas de choléra sporadique qui se terminent par la mort s'accompagnent de lésions anatomiques.*

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* du choléra sporadique a varié suivant l'idée qu'on s'est faite de la nature de la maladie. Sans entrer dans un exposé historique qui serait inutile, passons en revue les diverses médications mises en usage.

Émissions sanguines. C'est à l'époque où régnaient les idées de l'école physiologique, qu'on a recommandé les émissions sanguines ; mais c'est plutôt sur des raisonnements que sur des observations qu'est appuyée cette pratique, et encore ces raisonnements portent-ils souvent à faux. Ainsi on a invoqué la pratique de M. Gravier, sans songer que le choléra asiatique, dont traitait cet observateur, pouvait bien différer du choléra sporadique, comme nous en avons eu la preuve plus tard. Quoi qu'il en soit, disons que, d'après Broussais et ses élèves, la meilleure médication est l'application de *sangsues* à l'épigastre, en nombre variable (vingt, trente, et plus, à plusieurs reprises) ; mais cette médication est loin d'être aujourd'hui généralement adoptée, et rien ne prouve qu'elle ait ce degré d'efficacité que lui ont attribué des idées théoriques. On a bien rarement employé la saignée générale.

Pour compléter le *traitement antiphlogistique*, on recommande des *boissons émollientes*, mucilagineuses, ou légèrement *acidulées.* Nous avons vu qu'assez souvent les vomissements sont tellement opiniâtres, que l'ingestion de la plus petite quantité de liquide suffit pour les provoquer ; aussi ne doit-on pas insister beaucoup pour faire boire les malades, et quelques auteurs, parmi lesquels il faut particulièrement citer Alph. Leroy, ont même recommandé de *supprimer complétement les boissons.* Mais la soif est parfois tellement vive, qu'il est impossible de suivre exactement ce précepte, dont l'utilité n'est pas parfaitement démontrée. Cependant on peut chercher à tromper la soif à l'aide de *fragments de glace* introduits dans la bouche. Si l'on n'y réussissait pas, il faudrait administrer les boissons adoucissantes ou acidules à une très petite dose et à une température assez basse. Pinel a surtout insisté beaucoup sur les avantages des *boissons froides acidulées.* Des *bains*, des *fomentations émollientes* et *narcotiques* ont été également mis

(1) *Loc. cit.*

en usage, mais sans qu'il soit possible d'en apprécier le degré d'efficacité.

Vomitifs, purgatifs. Quand on croyait que le choléra était dû à la présence d'une bile corrompue, âcre, corrosive, on administrait des vomitifs et des purgatifs; mais aujourd'hui on craint avec raison de favoriser par ces moyens la superpurgation. Aussi les a-t-on généralement abandonnés, et il est inutile d'en parler ici.

Opiacés. La médication qui jouit à plus juste titre de la faveur générale consiste en l'administration des opiacés. Déjà Lazare Rivière avait insisté sur l'utilité de ces moyens, lorsque Alph. Leroy les préconisa de nouveau. Rivière conseillait d'administrer 4 grammes de *thériaque récente*, ou bien 0,20 gramm. de *laudanum opiat*, c'est-à-dire d'*extrait d'opium*, en une seule fois. Cependant, si les forces étaient trop abattues, il recommandait de ne pas donner la dose d'extrait d'opium tout entière, mais de n'en administrer d'abord que 0,05 ou 0,10 gramm., sauf à répéter plus tard cette quantité. Sydenham prescrivait *quelques gouttes de son laudanum* dans une petite quantité de véhicule. Quant à Alph. Leroy, il administrait d'heure en heure 0,02 gramm. d'*extrait d'opium*, en ayant soin, comme je l'ai dit plus haut, de n'introduire aucun liquide dans l'estomac. D'autres médecins ont employé la *morphine*; mais il est inutile d'insister sur ce point; car il suffit de dire que l'opium doit être administré sous une forme quelconque.

Les *lavements laudanisés* ont aussi un grand avantage, surtout lorsque les vomissements sont très fréquents et que les évacuations alvines sont très abondantes et très rapprochées; il ne faut pas craindre d'élever un peu haut la dose du laudanum; 1 ou 2 grammes de ce médicament, ou même plus, doivent être portés dans le rectum dans une petite dose de véhicule. Très souvent les évacuations alvines sont si fréquentes que le lavement est presque immédiatement rejeté : on ne doit pas hésiter alors à en administrer un autre dans un court intervalle, sans craindre un certain degré de narcotisme dont il n'est pas difficile ensuite de tirer les malades. Toutefois on reconnaîtra nécessairement qu'il y a des limites à cette médication, et qu'il faut examiner attentivement l'état du sujet, de peur de dépasser le but.

M. Ménard, qui a insisté principalement sur l'emploi de l'opium, pense que le laudanum et les diverses préparations d'opium, l'*extrait gommeux* excepté, réussissent mal; mais cette opinion ne paraît nullement appuyée sur les faits. Cet auteur dit en outre que l'extrait gommeux lui-même n'a pas de succès chez les enfants à la mamelle; c'est encore là une manière de voir qui ne paraît nullement fondée, et qui est plutôt dictée par la crainte qu'on a généralement des effets de l'opium dans le très jeune âge que par l'observation rigoureuse. Chez les très jeunes enfants, un lavement avec 1 *ou* 2 *gouttes de laudanum*, suivant l'âge, 1 centigramme d'*extrait gommeux* pris par la bouche (et ces doses répétées deux ou trois fois par jour, si le cas l'exige), n'ont pas le plus souvent d'inconvénient réel; au reste, comme chez l'adulte, le médecin est là pour surveiller attentivement l'effet de ces substances. Sauf ces objections, on n'a que des éloges à donner à la manière dont M. Ménard a exposé ce traitement.

Des *frictions* sur l'abdomen avec un *liniment opiacé*, des *cataplasmes laudanisés*, le *repos* autant que possible, l'*immobilité* la plus absolue, l'*emploi de la*

glace à l'intérieur, viennent compléter cette médication, dont la supériorité sur toutes les autres est hors de toute contestation.

Moyens divers. Maintenant devons-nous parler de l'emploi du *calomel*, de l'*acétate de plomb*, de l'application des *vésicatoires sur l'épigastre*, des *sinapismes* sur le ventre, de l'usage du *camphre*, du *cuivre ammoniacal*, de l'emploi des *frictions mercurielles*, de l'*eau froide* bue en très grande quantité, comme le voulait Autenrieth, etc.? En le faisant, j'exposerais sans doute un traitement complet; mais cette abondance de médications, loin d'avoir des avantages, n'aurait que des inconvénients. Il faut, pour que nous admettions un mode de traitement, qu'il y ait un commencement de preuve de son efficacité, et ici nous en manquons complétement.

Je dirai seulement que M. le docteur Godlewski (1) a vu des symptômes fort graves s'amender à la suite des *frictions mercurielles;* mais il ne rapporte qu'un seul fait dont la valeur est, par conséquent, peu considérable.

Traitement des symptômes. Je me bornerai donc à ajouter quelques moyens propres à combattre certains symptômes. On a proposé *contre les vomissements* très opiniâtres la *potion de Rivière*, ou simplement l'*eau de Seltz.* Ces boissons peuvent avoir des avantages; mais il ne faut pas oublier que l'on ne doit pas se borner à combattre le vomissement lui-même, mais bien la cause nerveuse qui produit le vomissement, et l'expérience a prouvé que l'opium remplissait mieux que tout autre moyen cette indication importante.

Les *lavements avec le laudanum* à haute dose sont, comme je l'ai dit plus haut, le meilleur moyen à opposer *aux évacuations alvines excessives.* C'est dans le but d'apaiser les *phénomènes nerveux*, et principalement les *crampes*, qu'on a employé les *antispasmodiques.* Quelques auteurs ont préconisé en particulier l'*éther sulfurique ;* mais on voit si promptement les crampes cesser lorsque les symptômes intestinaux sont arrêtés, qu'on ne sent pas la nécessité d'employer ces moyens, qui peuvent avoir une action fâcheuse sur le tube intestinal. Des *frictions sèches*, plus ou moins répétées sur les membres et sur l'abdomen s'il n'est pas trop douloureux, suffisent souvent pour soulager les malades. On frictionnera également les extrémités pour y *ramener la chaleur*, et dans les intervalles des frictions, on les enveloppera de *laine chaude.* Enfin il faut recommander aux malades de garder, autant que possible, l'*immobilité* absolue, pour ne pas provoquer le vomissement et les garderobes, déjà trop fréquents.

Résumé, *ordonnance.* On voit, d'après ce qui précède, que la véritable médication du choléra sporadique, celle qui a pour elle l'expérience, consiste dans l'emploi de l'opium, de quelques boissons émollientes et acidules et de la glace. C'est celle que devra adopter le praticien, jusqu'à ce que des faits nombreux et bien observés soient venus lui prouver qu'il existe quelque moyen d'une efficacité spéciale. Une seule ordonnance suffira par conséquent pour tracer d'une manière générale la conduite à suivre.

Ordonnance.

1° Boissons en petite quantité : eau de riz, solution de sirop de gomme avec ou sans addition d'une petite quantité de suc de citron.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, avril 1848.

2° Si la soif est vive et si les vomissements sont incessants, se borner à faire fondre des fragments de glace dans la bouche.

3° Une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque, renouvelée toutes les deux ou trois heures, ou plus fréquemment si le cas l'exige. Chez les enfants, la dose ne sera que de 1 centigramme, ou moins, et l'on devra administrer l'opium dans une très petite quantité de véhicule.

4° Un quart de lavement d'eau de graine de lin, avec addition de 1 à 2 grammes de laudanum, renouvelé, si le cas l'exige. Chez les enfants, une à trois ou quatre gouttes de laudanum, suivant l'âge, seront suffisantes.

5° Frictions sur l'abdomen avec le liniment suivant :

℞ Huile d'amandes douces... 20 gram. | Laudanum............... 3 gram.

Frictions sèches sur les membres avec de la flanelle chaude.

6° Recommander au malade de faire le moins de mouvements possible. Si les vomissements sont excessifs, eau de Seltz ou potion de Rivière.

7° Les jours suivants, prescrire au malade un régime doux et léger.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; émollients ; opiacés ; vomitifs, purgatifs (proscrits) ; médicaments divers : calomel, eau froide, etc. (incertains). Frictions sèches, narcotiques, mercurielles ; repos ; boissons gazeuses. Régime.

ARTICLE IV.

CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE.

Cette maladie, qui existe endémiquement dans l'Inde, n'a été, on peut le dire, bien étudiée que depuis qu'elle a fait invasion en Europe. On n'a qu'à lire ce qui avait été publié avant l'épidémie qui a dévasté la France et l'Angleterre, pour s'assurer qu'en général rien n'était moins fondé que la plupart des opinions émises sur les symptômes, sur la marche, sur la nature de la maladie, et même sur son traitement. On a voulu, il est vrai, trouver dans certaines descriptions faites par les auteurs qui ont pratiqué dans l'Inde tout ce que l'on a découvert en Europe sur cette affection ; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que ces descriptions laissaient bien des choses à désirer, et qu'il fallait l'observation exacte et rigoureuse qui en a été faite dans les années 1832 et suivantes, pour arriver à la bien connaître.

C'est en 1831 que l'épidémie, après avoir ravagé une multitude de pays, a fait irruption en Europe. Si l'on en croit quelques observateurs, elle aurait apparu à Paris dès le 6 janvier 1832 ; mais ce n'est qu'à la fin du mois de mars que son existence dans cette ville a été manifeste. Il n'entre nullement dans mon plan d'indiquer la marche du choléra-morbus depuis sa sortie de l'Inde jusqu'à son arrivée en France et à son invasion de l'Amérique, de l'Espagne et de l'Italie. Il suffit de dire que, quelles que soient les études qu'on ait faites à cet égard, on n'a pu trouver dans cette marche capricieuse rien qui pût nous éclairer sur la manière dont se propageait la maladie.

En 1849, une seconde épidémie, non moins meurtrière que la première, s'est déclarée à Paris. Comme la première, elle a débuté par quelques cas isolés, et le

9 mars, elle s'est manifestée d'une manière non équivoque, quoique avec une faible intensité ; mais, vers la fin de mai, et surtout au commencement de juin, elle a acquis une grande violence. Je consignerai, dans le cours de cet article, les acquisitions importantes faites par la science dans cette seconde épidémie.

Une foule d'écrits ont été publiés sur le choléra-morbus épidémique, surtout en France, en Angleterre et aux États-Unis. Il serait impossible d'embrasser dans une description tous les détails de ces diverses publications. Je me contenterai de présenter ici les résultats principaux de ces recherches, parmi lesquelles il faut particulièrement citer celles de MM. Bouillaud (1), Gendrin (2), Magendie (3), Cruveilhier (4), J. Brown (5), Briquet et Mignot (6), etc., et de nombreux articles publiés dans les journaux, de 1832 à 1834 ou 1835, et en 1849, lors de la seconde épidémie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le choléra-morbus épidémique ne peut être défini que par ses principaux symptômes, qui sont des vomissements plus ou moins abondants ; des selles fréquentes, dont la matière est principalement constituée par un liquide plus ou moins clair ou louche, contenant en suspension des flocons muqueux ; des crampes ; la teinte violette des téguments, le refroidissement, et la suppression plus ou moins complète des urines. Les autres symptômes qui seront décrits plus loin peuvent manquer sans que le choléra cesse d'être parfaitement caractérisé, et par conséquent il serait inutile de les faire entrer dans cette définition.

C'est surtout à cette maladie qu'on a donné les noms de *choléra foudroyant*, *choléra algide*, *choladrée lymphatique* (7). C'est elle qu'on désigne particulièrement sous les noms de *choléra asiatique*, *choléra indien*, *choléra pestilentiel*, et que MM. Serres et Nonat (8) ont nommée *psorentérie* ou *psorentérite*, à cause du développement des follicules isolés qui font paraître l'intestin couvert de boutons environnés ou non, disent ces auteurs, de signes d'inflammation. Le nom de *choléra-morbus épidémique*, ou celui de *choléra indien*, qui indique son origine, sont ceux qui doivent être préférés.

Il n'est utile de rechercher quelle est la *fréquence* du choléra épidémique que dans les pays où cette affection est endémique. Mais les auteurs qui ont décrit les maladies de ces contrées n'ont pas suffisamment insisté sur ce point. Disons seulement qu'il n'est pas d'année où, dans l'Inde, on n'en observe un nombre plus ou moins considérable de cas isolés, et que, depuis que les médecins anglais ont appris à distinguer cette maladie de toutes les autres, ils ont pu en observer des épidémies plus ou moins étendues. D'après une lettre de M. Scott, citée par le docteur Brown, la connaissance du choléra remonte à une haute antiquité dans l'Inde, et l'on trouve dans des ouvrages indiens des relations d'un assez bon nombre d'invasions épidémiques.

(1) *Traité prat., théor. et statist. du choléra-morbus de Paris, appuyé sur un grand nombre d'observ. recueillies à l'hôp. de la Pitié.* Paris, 1832, in-8.
(2) *Monogr. du choléra-morbus épidém. de Paris.* Paris, 1832, in-8.
(3) *Leçons sur le choléra-morbus.* Paris, 1832, in-8.
(4) *Anatom. patholog. du corps humain*, t. I, XIV[e] livraison avec planches coloriées.
(5) *Cyclopæd. of practic. medic.*, art. CHOLERA EPIDEMIC.
(6) *Traité prat. et analyt. du choléra-morbus* (épidémie de 1849). Paris, 1850.
(7) Voy. Bally, *mém. de l'Acad. de méd.*; t. XII, p. 153; t. XIV, p. 189.
(8) *Gazette médic. de Paris*, 1832, et *Mém. sur la psorentérie, ou choléra de Paris*, in-4.

§ II. — Causes.

Des recherches très nombreuses et très attentives ont été faites dans le but d'éclairer l'étiologie du choléra. Il n'en est pas qui offrent plus d'intérêt que celles qui ont été entreprises par une commission nommée par le préfet de la Seine, et dont les résultats sont fondés sur une large statistique. Voyons ce que nous trouverons de plus positif dans ce qui a été dit à cet égard.

1° Causes prédisposantes.

Age. On peut dire d'abord que le choléra a sévi sur *tous les âges ;* mais dans quelle proportion, suivant les principales époques de la vie? C'est ce qu'il importe de rechercher. D'après le relevé fait par la commission, et qui porte sur dix-huit mille quatre cents malades, l'âge qui a fourni la plus grande mortalité est la vieillesse; puis vient l'âge adulte, puis la première enfance, et enfin la seconde enfance. Si l'on examine le résultat des recherches faites par M. Gendrin, on trouve des résultats analogues, et si l'on admet avec les auteurs que les très jeunes enfants résistent beaucoup moins que les hommes aux atteintes du choléra, il en résulte que cette mortalité moindre suppose un nombre proportionnel d'enfants atteints bien moindre encore. Quant aux extrêmes de l'âge, on voit qu'à deux, trois et quatre mois, les enfants peuvent être affectés du choléra, mais très rarement, tandis que l'extrême vieillesse a été fortement atteinte, comme on peut en juger par les relations du choléra qui a sévi dans les hospices de vieillards (1).

Sexe. C'est également d'après le chiffre proportionnel des décès qu'on a cherché à établir la fréquence relative dans les deux *sexes*, et l'on est arrivé à ce résultat que les deux sexes y ont été, à très peu près, également exposés.

Constitution. Quant à la constitution, on n'a que des renseignements peu précis à cet égard, les relevés ayant porté sur des faits qui ne fournissaient pas tous les renseignements nécessaires. Cependant, si l'on considère que le choléra s'est montré plus grave chez les très jeunes enfants ; que dans la banlieue de Paris, le nombre des femmes qui ont succombé a été proportionnellement plus grand que celui des hommes; que l'âge le plus avancé a fourni le plus de victimes, on peut, par analogie, admettre qu'une constitution médiocre ou détériorée par des maladies antérieures, ce qui rapproche les individus de l'état de faiblesse commun aux trois conditions que je viens d'énumérer, doit aussi prédisposer à contracter la maladie. Je n'ai à ma disposition qu'un petit nombre d'observations prises au plus fort de l'épidémie, et dans lesquelles les constitutions fortes et les constitutions faibles ont été presque également atteintes par le choléra; mais ces renseignements sont trop insuffisants pour qu'il soit utile de leur accorder autre chose qu'une simple mention. Nous n'avons rien de particulier à dire sur le *tempérament.*

Professions. La commission nommée par le préfet de la Seine a recherché avec soin l'influence des *professions*, et le résultat général qu'elle en a tiré, c'est que les professions qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, aux privations

(1) Voy. en particulier Rochoux, *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXX, p. 332, 439. — Bouvier, *Mémoire sur la mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie de choléra de 1849.* (*Mém. de l'Acad. imp. de médecine.*) Paris, 1853, t. XVII, p. 335.

de toute espèce, à un travail pénible et fatigant, ont eu, dans une proportion très considérable, une action marquée sur la production de la maladie (1).

Quant aux *professions* dites *insalubres*, l'enquête de la commision a été faite à cet égard avec beaucoup de soin, et il en est résulté que les idées théoriques qui faisaient regarder ces professions comme prédisposant les individus au choléra, étaient entièrement fausses.

Relativement à l'*habitation*, nous trouvons d'abord comme résultat général, également signalé par la commission, que les parties de Paris basses et humides ont offert beaucoup plus de malades et de morts que les parties élevées, sèches et bien aérées.

Quant au *voisinage des canaux* et des *rivières*, il n'a eu d'autre effet apparent que d'augmenter la mortalité d'un chiffre presque insignifiant. Parmi le trop petit nombre d'observations très exactes que j'ai pu rassembler, les deux tiers des individus qui ont donné des renseignements sur leur habitation étaient depuis un temps plus ou moins long dans des *chambres froides*, *humides*, *mal aérées*, *mal éclairées*.

Climats. L'influence des *climats* n'est évidemment pas douteuse, puisque le choléra est endémique dans l'Inde; mais lorsque l'épidémie a éclaté, que l'influence morbide a commencé à se faire sentir hors des lieux où elle avait pris naissance, cette influence des climats semble avoir disparu. Le choléra, en effet, n'a pas sévi avec moins de violence en Russie, en Angleterre et en France, que dans les contrées asiatiques, en Italie et en Espagne. Il semblait alors qu'il y avait une force d'impulsion qui poussait l'influence morbide avec la même violence dans les sens les plus opposés.

Température; saisons. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'influence des *saisons*. Dans l'Inde, cette influence se fait visiblement sentir; car les auteurs anglais qui ont observé le choléra dans ce pays ont remarqué qu'il sévissait principalement aux époques de l'année où des *nuits très froides* succèdent à des *journées très chaudes;* mais en Pologne, en Angleterre, et surtout à Paris, on n'a pu découvrir aucun rapport entre la violence du choléra et la constitution saisonnière. Dans la dernière épidémie seulement, nous avons vu la maladie coïncider d'une manière bien remarquable avec la grande élévation de la température.

Quant à la *composition de l'air atmosphérique*, c'est vainement qu'on a cherché à y trouver l'explication de l'apparition de la maladie et des nombreuses recrudescences qu'elle a eues dans les divers pays.

M. le docteur Hervieux (2) a fait remarquer la moins grande intensité du choléra sur des plateaux bien aérés, et sa violence dans les lieux bas. En général, cette remarque, déjà faite par d'autres médecins, est confirmée par les faits; mais il y a des exceptions bien frappantes. Je ne citerai que l'immunité dont a joui la ville de Lyon.

Misère, privations. Nous avons vu plus haut que le choléra avait sévi principalement sur la classe indigente et sur les ouvriers exposés aux intempéries de l'air; ce fait nous porte déjà à penser que la misère, le défaut de vêtements, les priva-

(1) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine*, par la Commission nommée par le gouvernement ; Paris, 1834, in-4 avec cartes.
(2) *Union médicale*, 7 juillet 1849.

tions de tout genre ont placé les sujets dans les conditions les plus favorables au développement de la maladie. C'est, au reste, ce qui a été indiqué d'une manière positive par des auteurs qui ont fait des recherches directes à cet égard. Ainsi M. Bouillaud (1) dit positivement qu'un bon nombre de malades qu'il a observés étaient mal nourris, et les autres médecins qui ont observé l'épidémie de Paris émettent la même opinion. Sur dix-sept malades sur lesquels on a pris des renseignements très exacts et dont j'ai les observations sous les yeux, sept avaient subi, durant tout l'hiver précédent, de très grandes privations : ainsi tout porte à croire qu'une *nourriture* de mauvaise qualité, insuffisante, le *défaut de vêtements*, et d'un abri convenable contre le froid, ont été les causes prédisposantes les plus efficaces.

Une conséquence naturelle de ces conditions fâcheuses, c'est un *moral* plus ou moins profondément affecté; aussi n'a-t-on pas hésité à mettre parmi les causes prédisposantes les chagrins violents et prolongés, les préoccupations de toute espèce ; mais à ce sujet on n'a pas fait de recherches suffisantes, et nous verrons plus loin quel a été l'effet des affections morales très vives, comme cause occasionnelle.

L'*encombrement*, surtout dans des lieux mal aérés, est regardé aussi comme une cause prédisposante efficace du choléra-morbus épidémique. A l'appui de cette opinion, on peut citer ce qui a été observé par la commission dans les casernes. On a vu, en effet, que dans le département de la Seine la mortalité a été beaucoup plus grande chez les militaires que dans la population civile. Ces recherches avaient été faites pour s'assurer si l'état militaire pouvait être regardé comme une cause prédisposante ; mais tout porte à croire que la mauvaise habitation, dont nous avons déjà reconnu l'influence, doit seule être accusée de cette plus grande violence du choléra chez les soldats.

Excès. L'habitude des *excès*, et surtout des *excès alcooliques*, doit-elle être regardée comme une cause prédisposante ? Nous n'avons guère pour nous éclairer à ce sujet qu'un rapport fait à la Société de Tempérance de New-York (2), rapport suivant lequel l'*habitude de l'ivrognerie* aurait eu l'influence la plus grande. Mais n'oublions pas que ce rapport a été fait par une société de tempérance, que par conséquent il a dû y avoir tendance à exagérer les faits, et, d'un autre côté, remarquons qu'on n'a pas préalablement constaté, et que sans doute même on n'a pas pu constater le chiffre proportionnel de ceux qui se livrent à l'ivrognerie : renseignement essentiel, puisqu'il s'agit d'une question de proportion.

En 1849, beaucoup de malades entrés dans les hôpitaux pour d'autres affections, ont été atteints du choléra dans les salles. Je dirai un mot plus loin des conséquences qu'on a voulu tirer de ce fait relativement à la contagion ; je me borne à indiquer ici le résultat des recherches de MM. Briquet et Mignot (3) relativement aux maladies étrangères dont ces sujets étaient atteints. Le choléra, disent MM. Briquet et Mignot, a attaqué la *totalité des érysipèles*, les *deux tiers des pneumonies*, les *quatre cinquièmes des cancéreux*, le *tiers des phthisiques*, le *quart des fièvres typhoïdes*, le *cinquième des métrites et des ovarites*, le *septième des malades atteints de phlegmasie gastro-intestinale*, le *huitième des bronchites*, et le *neu-*

(1) *Traité théor., pratique et statistique du chol.-morb.*, etc. Paris, 1832.
(2) *Cité dans la Lancette française*, 1832.
(3) *Loc. cit.*

vième des hystéries. La seule circonstance bien digne de remarque est la faible proportion des maladies gastro-intestinales.

En résumé donc, le grand âge, une mauvaise habitation, des privations de toute espèce, et peut-être l'*état moral* qui en est la suite; sont les seules causes prédisposantes dont il soit permis de regarder l'existence comme assez bien constatée.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous n'avons plus que des données très incertaines.

On a cité les changements brusques de température, le *froid subit* appliqué à la surface du corps ; mais on ne trouve nulle part de résumé de faits qui mette l'existence de ces causes hors de doute.

Excès. Nous avons considéré l'habitude des excès comme cause prédisposante; si maintenant nous examinons ces *excès eux-mêmes* comme cause occasionnelle, voici les données intéressantes que nous trouvons dans le rapport de la commission. Il a été constaté que le nombre des malades reçus dans les hôpitaux était beaucoup plus considérable les mardi et mercredi de chaque semaine que les autres jours, et que le nombre des admissions allait en diminuant à mesure qu'on s'éloignait de ces deux jours les plus chargés. Or, si l'on songe que le dimanche et le lundi sont des jours consacrés à des excès de tout genre par la classe admise dans les hôpitaux, on ne peut guère douter que ce ne soit là la cause de cette augmentation dans le nombre des entrées ; et, d'un autre côté, si l'on se rappelle que c'est aux excès de vin qu'on se livre principalement, c'est à ce genre d'excès qu'il faudra surtout rapporter l'invasion de la maladie. Le relevé de quelques observations particulières n'aurait aucun intérêt à côté des chiffres considérables apportés par la commission.

Maintenant faut-il voir dans la *nature des aliments* ingérés, dans l'usage de substances indigestes, comme le lard, les viandes passées ou faisandées, les choux, etc., ou bien dans l'emploi des fruits verts ou des fruits qu'on appelle froids, comme les melons, etc., des causes occasionnelles évidentes du choléra ? Il est impossible de se prononcer formellement à ce sujet, sous le point de vue scientifique ; cependant rien ne paraît plus possible que l'influence pernicieuse de ces substances dans la production d'une maladie dont les symptômes locaux se montrent principalement dans le tube digestif ; aussi la prudence exige-t-elle que, pendant les épidémies, on recommande aux populations d'être extrêmement sobres dans l'emploi de ces substances. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'abus des *boissons froides et aigres*, aux *excès vénériens*, aux causes de toute espèce qui débilitent l'économie, etc.

J'ai dit un mot des *affections morales* longtemps prolongées qui peuvent placer les sujets dans des conditions fâcheuses, au milieu d'une épidémie de choléra ; mais il reste à savoir si ces affections morales peuvent agir comme causes occasionnelles. Et d'abord la *peur* a-t-elle ce funeste effet ? Je pense qu'il faut distinguer ici la peur du fléau lui-même, et la peur d'autres accidents qui lui sont étrangers. Relativement à cette dernière, la commission dont j'ai plusieurs fois cité le rapport a fait remarquer qu'au mois de juin 1832, l'émeute qui avait porté l'effroi dans la population, et surtout dans le quartier Saint-Merry, n'eut aucune influence



sur la marche du choléra, ou plutôt qu'il y eut une diminution sensible dans le nombre des décès. Si l'on voulait donc tirer une conséquence de ce fait, on devrait admettre que la diversion produite par l'émeute a été plutôt favorable que nuisible. Reste maintenant à savoir si *la crainte du fléau lui-même* n'a pas un effet désastreux. L'opinion générale est qu'il en est réellement ainsi; mais on sent combien les recherches sur ce point sont difficiles. Aussi n'avons-nous rien de positif à cet égard.

Contagion. Pour compléter ce que j'avais à dire sur les causes du choléra, il me reste à parler de la *contagion*, qui a été admise par quelques médecins. M. Moreau de Jonnès (1) a principalement insisté sur l'existence de cette cause, et récemment, MM. Briquet et Mignot ont cherché à la démontrer par l'analyse des faits soumis à leur observation; mais on sera peu porté à admettre cette manière de voir, si l'on réfléchit à l'extrême violence de la maladie lorsqu'elle s'est répandue en Europe, et si l'on songe qu'en 1832, tous les sujets se trouvaient dans le plus grand degré d'aptitude possible à la contracter en la supposant contagieuse, puisque tous les Européens se trouvaient pour ainsi dire neufs pour cette affection inconnue jusqu'alors. N'est-il pas évident, en effet, que ceux qui approchaient journellement les malades auraient dû, dans de telles circonstances, succomber presque tous? Or c'est ce qui n'a pas eu lieu, et l'on a remarqué principalement que les médecins n'avaient pas succombé en plus grand nombre que les autres individus pris dans la même classe de la société. Cette raison est tellement puissante, que je ne crois pas devoir insister beaucoup sur un fait qui me semble parfaitement jugé. Les faits cités par MM. Briquet et Mignot se rencontrent toujours dans les grandes épidémies, que la maladie soit contagieuse ou non, et d'ailleurs ces faits sont, par eux-mêmes, beaucoup moins probants qu'ils ne l'ont paru à ces auteurs.

Au reste, rappelons que tous les essais qui ont été faits pour inoculer le choléra, soit avec le sang, soit avec la sueur, soit avec toute autre humeur, ont été complétement infructueux, et ajoutons que le docteur J. Annesley (2) a remarqué, comme nous, que, dans l'Inde, les personnes qui approchent les malades ne sont pas plus fréquemment atteintes que les autres.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes du choléra-morbus épidémique, on a adopté diverses divisions. C'est ainsi que M. Dalmas (3) a décrit deux périodes, dont l'une comprend l'état *algide* et l'autre l'état de *réaction*. M. J. Brown admet trois périodes, qui sont celles du *début* et les deux qui viennent d'être indiquées; mais c'est M. Gendrin qui en a trouvé le plus grand nombre. Pour lui, il y a une première période, ou d'*invasion*, dite *phlegmorrhagique*, parce qu'il existe alors des évacuations séreuses par la bouche et par l'anus; une seconde, qu'il appelle période d'*état*: c'est celle que les autres auteurs ont appelée *cyanique*, à cause de la coloration bleue des téguments; la troisième est désignée par M. Gendrin sous le nom de période d'*extinction* ou *asphyxique*; la quatrième est la période de *réaction*,

(1) *Rapport sur le choléra-morbus* et *Bullet. de l'Acad. de méd.*; t. XIV, 739, 823 et suiv.
(2) *Treat. on the epid. chol. of India*; 1820.
(3) *Dict. de méd.*, [illegible] art. CHOLÉRA.





et enfin la cinquième serait caractérisée par des *crises* et des *métastases* qui jugeraient la maladie.

Cette division me paraît devoir être rejetée. La période dite *phlegmorrhagique* n'est nullement tranchée, puisqu'elle peut se continuer et qu'elle se continue, en effet, presque toujours pendant la période suivante. La troisième n'est évidemment qu'une continuation de la seconde; et, quant à la *période critique*, nous verrons non seulement qu'on a beaucoup exagéré l'importance des phénomènes considérés comme constituant les crises, mais encore qu'il n'est nullement démontré que ces phénomènes aient quelque chose de critique.

Les auteurs du *Compendium* n'ont admis que quatre périodes, dont la première serait caractérisée par les *prodromes nerveux et intestinaux;* mais si l'on peut considérer un certain état de malaise, la diminution de l'appétit, un peu de faiblesse, comme des prodromes, en est-il de même des autres symptômes intestinaux, et en particulier de cette diarrhée qu'on a désignée sous le nom de *cholérine?* C'est ce qui n'est nullement démontré, comme on va le voir, et, par conséquent, il suffit d'admettre trois périodes avec le docteur Brown, et de décrire successivement le *début*, l'*état cyanique* et la *réaction.*

1° *Début.* Comme je viens de le dire, on a avancé que fréquemment de véritables prodromes nerveux annonçaient l'invasion du choléra. Cette opinion n'a pas été émise pour la première fois dans l'épidémie dont nous avons été témoins. Déjà le docteur Annesley (1) avait insisté sur les prodromes du choléra, et il avait mentionné les prodromes nerveux; mais voici ce que je trouve en examinant quatre-vingt-quatorze faits pris avec grand soin dans le service de M. Louis, et où l'on a fait toutes les recherches possibles sur le début de la maladie. Les prodromes nerveux ne se sont montrés seuls que dans un petit nombre de cas (sept ou un peu moins du douzième). Si l'on y joint quelques cas dans lesquels il y avait en même temps de l'anorexie et des nausées, le nombre s'élève à dix seulement, ou un neuvième environ. Les prodromes nerveux, considérés de cette manière, n'ont pas, comme on le voit, l'importance qu'on a voulu leur donner.

Il n'en est pas de même des symptômes intestinaux: ils se sont, en effet, montrés dans un assez grand nombre de cas, puisque trente-deux sujets les ont présentés plusieurs jours avant le moment où les vomissements abondants, les selles séreuses, les crampes, etc., ont annoncé une invasion violente du choléra; mais on se demande si, même dans ces cas, les symptômes que je viens d'indiquer doivent être regardés comme précurseurs. Est-ce déjà une invasion des symptômes cholériques eux-mêmes à un faible degré d'intensité, ou bien une diarrhée ordinaire précédant le choléra, sans en faire partie? On ne peut s'empêcher d'admettre que ces symptômes appartiennent à la maladie elle-même, lorsqu'ils s'accompagnent d'autres symptômes caractéristiques du choléra, tels que les crampes, les vomissements, les nausées, etc., ou lorsque ces derniers surviennent très peu de temps après. On a vu assez souvent, surtout à une époque peu éloignée du début de l'épidémie, une diarrhée médiocrement abondante, un certain degré d'anorexie, de faiblesse, persister pendant un temps qui varie de deux à dix, douze et même quinze jours avant que les symptômes violents du choléra se soient manifestés. C'est là

(1) *Researches into the causes, etc.; of the diseases of India.*, London, 1828, 2 vol. in-4.

comme je l'ai dit, l'état auquel on a donné le nom de *cholérine*, état que, dans quelques cas, on a vu se dissiper spontanément, et que des moyens fort simples ont arrêté dans d'autres.

Il est un très petit nombre de cas dans lesquels des symptômes que l'on peut regarder comme des prodromes ont eu quelque chose de spécial : c'est ainsi que, sur cinq sujets, je vois soit un *simple malaise*, soit un état de *courbature* marquée, précéder d'un ou de plusieurs jours le choléra, sans présenter aucun caractère particulier. Chez deux, la courbature existait en l'absence de tout autre symptôme; chez un autre, il y avait en même temps un peu de céphalalgie; chez un autre encore, de l'anorexie; et chez un dernier, il n'existait qu'un malaise indéfinissable. Dans deux autres cas, il y eut ceci de remarquable, que l'anorexie exista seule, sans autre chose de notable.

J'ai cru devoir indiquer ces particularités, parce qu'elles paraissent avoir échappé aux auteurs, ou plutôt s'être confondues dans leurs descriptions avec les autres phénomènes indiqués plus haut, et aussi parce qu'elles prouvent que, dans une épidémie comme le choléra, le moindre signe d'indisposition doit exciter la sollicitude du médecin. Il est d'autant plus nécessaire d'avoir cette réflexion présente à l'esprit, que si le plus grand nombre des sujets s'est vu forcé par ces phénomènes, qu'on a regardés comme précurseurs, à abandonner ses travaux journaliers, il en est quelques uns qui, malgré l'apparition de la diarrhée et des coliques, n'ont pas suspendu leurs occupations habituelles, et quelquefois même ont conservé assez d'appétit pour ne pas suspendre leur alimentation, quoique la diarrhée augmentât presque toujours d'une manière notable après les repas.

M. le docteur Gossement (1) a remarqué que ceux qui allaient être atteints du choléra avaient la *cornée terne*, *opaque*, *couleur de parchemin*. C'est pour lui un *signe précurseur* précieux qui lui a permis de prévenir le mal. Cette remarque mérite d'être vérifiée.

Soit que ces symptômes aient existé, soit qu'ils aient manqué, ce qui a lieu dans la majorité des cas que j'ai analysés, le *début* évident de l'affection se présente avec des caractères assez uniformes. Presque toujours, en effet, c'est la *diarrhée*, accompagnée ou non de *coliques*, qui ouvre la scène. C'est ce qui a eu lieu, en effet, dans quatre-vingt-sept cas sur quatre-vingt-quatorze; encore faut-il ajouter que, dans plusieurs des autres, la diarrhée n'a pas tardé à survenir. Si elle existait déjà, elle devenait promptement beaucoup plus abondante, et annonçait une grande aggravation de la maladie. Il n'est pas rare de voir cette diarrhée survenir *sans coliques;* celles-ci ne se sont, en effet, montrées au début que dans trente-trois cas, et encore n'ont-elles été, en général, que médiocrement fortes. Des borborygmes, dans un petit nombre de cas, un peu de céphalalgie chez quelques sujets (onze), des bourdonnements d'oreille ou des étourdissements, une certaine faiblesse qui, dans quelques cas seulement, est portée à un haut degré, des crampes rarement violentes, et ayant principalement leur siége dans les pieds et dans les mollets, un affaiblissement plus ou moins marqué de la voix dans un nombre limité de cas (quinze pour les crampes, neuf pour l'affaiblissement de la voix), et parfois enfin des frissons (huit fois), complètent, avec les vomissements, dont il va être question, le tableau de ce début.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1848.



Quant aux *vomissements*, il est nécessaire d'en dire un mot à part. Dans un certain nombre de cas (vingt-trois), ils se montrent en même temps que la diarrhée, et alors ils constituent un des symptômes les plus importants du début : mais plus souvent ils surviennent un temps plus ou moins long (de quelques heures à un ou plusieurs jours) après les phénomènes qui viennent d'être indiqués. Quelquefois on observe, dès le début, quelques nausées suivies des vomissements au bout d'une ou plusieurs heures.

Il n'est pas fréquent de voir la maladie débuter d'une manière *brusque*, c'est-à-dire s'annoncer tout à coup par l'ensemble des symptômes qui viennent d'être énumérés; mais on voit souvent ces symptômes se succéder avec une grande rapidité, de telle sorte qu'au bout de quelques heures la maladie est portée au plus haut point d'intensité; c'est ce que l'on a observé ordinairement dans les premiers temps des épidémies dont nous avons l'histoire, et cependant en 1849, les choses ne se sont pas passées ainsi, car c'est vers le milieu de l'épidémie que se sont montrés ces cas rapidement graves. Parfois on a vu des individus être pris tout à coup, avec ou sans malaise précurseur, de vomissements abondants, de diarrhée presque incessante, de crampes, de refroidissement, et succomber en une ou deux heures. C'est là ce qu'on peut appeler un *choléra foudroyant ;* mais, je le répète, les cas de ce genre sont fort rares.

2° *Symptômes.* Pour la description des symptômes, il est absolument nécessaire de diviser la maladie en période algide et période de réaction.

Période algide. La *diarrhée*, que nous avons signalée au début, persiste presque toujours dans cette période. Il est très rare, en effet, que si, par des moyens appropriés, on est parvenu à l'arrêter complétement, il ne s'ensuive pas une prompte amélioration dans les symptômes; cependant la chose n'est pas impossible, car sur vingt-cinq cas où l'état des selles a été noté avec soin, je trouve que deux fois la diarrhée séro-muqueuse, très abondante au début, a été complétement supprimée dans la période algide, sans que pour cela les symptômes aient cessé de faire des progrès, et que la mort en ait pu être prévenue.

Au commencement de cette période, les selles sont ordinairement très fréquentes, surtout si l'on n'a rien fait pour en diminuer la quantité. Les malades ont de dix à quinze, vingt selles, et même un plus grand nombre dans les vingt-quatre heures. Ces selles sont composées d'un liquide aqueux, présentant parfois une légère teinte jaune et l'odeur des matières fécales, plus souvent blanchâtres, grisâtres, ayant un aspect louche, comme l'eau dans laquelle on a fait bouillir assez longtemps une assez grande quantité de riz, et alors elles ont perdu complétement ou presque complétement l'odeur fécale. Au commencement de cette période, il est très rare que les selles soient involontaires.

A une époque un peu plus avancée, les selles ont plus rarement une aussi grande fréquence, ce qui tient, sans aucun doute, à l'effet des moyens employés. Parfois même on voit apparaître de nouveau quelques matières fécales, ce qui est toutefois très rare, car cela n'a été noté qu'une fois dans les observations que j'ai rassemblées. Parfois aussi on voit les selles, d'abord supprimées, reparaître de nouveau avec l'aspect caractéristique que j'ai indiqué.

Enfin, au déclin de cette période, les choses se passent différemment, suivant les cas. Chez un assez grand nombre de sujets, et surtout chez ceux qui doivent guérir

ou qui marchent vers la période de réaction, les selles deviennent rares, prennent plus de consistance, présentent l'odeur fécale ou se suppriment. Chez d'autres, au contraire, elles augmentent de fréquence au point de devenir presque continuelles et même *involontaires*. Ce dernier symptôme, qui a été noté trois fois, survient presque toujours chez des sujets qui doivent succomber.

Au milieu et à la fin de cette période, le liquide rendu par les selles ne change pas sensiblement de nature ; mais c'est surtout alors qu'on voit nager dans ce liquide de petits *flocons muqueux* dont quelques uns ont l'aspect du riz bien cuit et plus ou moins écrasé, circonstance qui a été notée avec soin par tous les auteurs. Dans un petit nombre de cas même, on voit du mucus amassé en plus ou moins grande quantité au fond du vase vers lequel les flocons se précipitent. Dans un des cas que j'ai sous les yeux, les matières rendues par les selles avaient une *couleur lie-de-vin* très prononcée, apparence qui a été également notée par quelques auteurs, et que nous retrouverons lorsque nous aurons à faire la description du liquide contenu dans l'intestin après la mort.

On a, dans la dernière épidémie, beaucoup parlé de *corpuscules particuliers* trouvés dans les déjections des cholériques. La commission du choléra nommée par le collége médical de Londres, a fait voir combien ces corpuscules ont peu d'importance, en en constatant la présence dans plusieurs autres maladies toutes différentes.

M. Pouchet a trouvé dans les selles des cholériques le *vibrio rugula*, animal microscopique que Leuwenhoeck avait déjà signalé dans les déjections alvines des sujets affectés de dyssenterie.

M. Andral (1), ayant examiné les déjections et le sang des cholériques, a observé ce qui suit :

« 1° La matière blanche qui remplit l'intestin des cholériques n'est point une partie même du sang, ainsi qu'on l'a souvent répété : on n'y trouve ni albumine, ni fibrine ; 2° cette matière n'est autre chose que du mucus, sécrété tout à coup en très grande quantité, et modifié par cela même dans ses qualités ; 3° le caractère microscopique essentiel de cette matière, c'est l'existence dans son sein d'un nombre très considérable de globules à noyaux, parfaitement semblables, quant à leur aspect, aux globules que l'on trouve dans le pus, bien que cette matière, sous aucun rapport, ne ressemble au pus ; 4° l'examen du sang des cholériques montre que l'albumine du sérum s'y maintient dans sa proportion normale ; 5° la théorie qui rapporte les symptômes de la période de cyanose du choléra à un changement que le sang aurait éprouvé dans sa composition, par suite d'une grande et subite déperdition de son sérum, ne saurait être admise. »

M. Becquerel (2) est arrivé à des résultats bien différents ; car, des expériences qu'il a faites à ce sujet, il a pu tirer les conclusions suivantes :

« L'analyse des vomissements permet de les considérer comme constitués par du sérum du sang étendu d'une quantité d'eau variable, en général très considérable.

(1) *Nature du liquid. sécr. par la memb. muq. des int. dans le choléra* ; note lue à l'*Acad. des sciences*, août 1847. — Comparez *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849 ; t. XIV, p. 666, 674.

(2) *Notes sur quelques analyses du sang, des vomissements, etc.* ; Compte rendu des séances de la *Soc. méd. des hôp.* ; *Union médicale*, 6 septembre 1849.

Au milieu de ce sérum étendu nage de l'albumine coagulée dont les fragments ténus sont unis et agglomérés par une petite quantité de mucus. »

L'auteur signale encore comme faits importants de ses analyses :

« 1° L'albumine en dissolution ;

» 2° L'albumine coagulée qui donne aux matières des vomissements des cholériques l'apparence d'eau de riz ;

» 3° L'abondance plus grande de ces deux albumines à une époque plus rapprochée du début ;

» 4° La présence d'une quantité notable de chlorure de sodium, quantité qu'on trouve presque triple de ce qu'elle est dans le sang, si l'on fait pour un instant abstraction de l'eau, et si l'on n'envisage le chlorure de sodium que relativement aux parties solides des vomissements ;

» 5° Enfin, l'acidité des vomissements. »

Le tableau relatif aux évacuations alvines contient quatre analyses, et les conclusions présentent une grande analogie avec celles qui sont relatives aux vomissements.

« C'est une eau légèrement albumineuse, contenant, outre l'albumine en dissolution, une quantité variable d'albumine coagulée, unie à une très petite quantité de mucus.

» Cette eau albumineuse est, en général, neutre ou légèrement alcaline, et contient également une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. »

Il ne m'appartient pas de me prononcer entre ces résultats contradictoires ; c'est aux expériences ultérieures à nous éclairer.

Lorsque les selles sont très fréquentes, le besoin de les rendre est si impérieux que les malades ne peuvent pas attendre un instant, et les rendent dans leur lit sans que pour cela elles soient involontaires. Parfois aussi il suffit des efforts de vomissement pour déterminer l'expulsion des selles liquides.

Les *coliques*, que nous avons vues fréquemment manquer au début, sont loin d'être constantes dans cette période, et surtout de durer pendant tout son cours. Ce n'est guère que sur le tiers des sujets environ qu'il en est ainsi. Chez les autres, ou bien il n'existe de coliques dans aucun moment, ce qui est rare, ou bien, après s'être montrées au commencement de la période, elles cessent bientôt pour ne plus reparaître. Cependant, dans deux cas, je vois que les coliques, qui jusqu'alors ne s'étaient pas montrées, ont apparu à la fin de la maladie et quelques heures avant la mort.

Des *borborygmes*, des *gargouillements*, soit spontanés, soit provoqués par la pression sur le ventre, accompagnent également les selles liquides dans un nombre assez limité de cas.

Les *vomissements*, ainsi que je l'ai dit plus haut, ne tardent pas à se joindre aux symptômes précédents. Au commencement de cette période, ils apparaissent dans un nombre considérable de cas. Dix-huit fois, en effet, sur vingt-neuf observations très exactes que j'ai sous les yeux, ils se sont montrés tout d'abord, tantôt rares (neuf fois), tantôt fréquents (neuf fois), mais toujours avec des caractères analogues. Ils sont formés d'un liquide blanchâtre, jaune verdâtre, grisâtre, ordinairement louche et contenant fréquemment des flocons muqueux sem-

blables à ceux qui ont été décrits dans les selles. Quelquefois cependant on les a vus composés d'aliments mal digérés ou de boissons ; mais presque toujours alors les vomissements caractéristiques que je viens d'indiquer leur ont promptement succédé.

Plus tard, c'est-à-dire vers le milieu de cette période, les vomissements se montrent plus rarement. Ils n'ont, en effet, été notés que treize fois, ce qui est dû, sans aucun doute, aux moyens thérapeutiques mis en usage ; mais ils présentent, dans quelques cas, des caractères nouveaux qui méritent d'être mentionnés. Chez trois sujets, en effet, ils étaient composés d'une matière jaune verdâtre, amère, et contenaient par conséquent une certaine quantité de *bile* ; chez un autre, l'ingestion des boissons provoquait le vomissement, ce qui n'avait pas lieu au début de la maladie.

Enfin, lorsque cette période touche à sa terminaison, soit que les sujets doivent succomber, soit qu'ils doivent guérir, il est bien plus rare d'observer les vomissements. Ils ne se sont plus montrés, en effet, que sept fois (trois fois fréquents et quatre fois rares). Mais les effets plus que probables du traitement employé ne nous permettent pas de dire si c'est là une tendance naturelle de la maladie, ou si les vomissements ont été seulement suspendus par les moyens thérapeutiques. Les vomissements amers, bilieux, se sont montrés deux fois encore au déclin de cette période.

J'ai dit plus haut que les vomissements étaient fréquents surtout au commencement de la période cyanique. Chez quelques sujets, cette fréquence était extrême, de telle sorte qu'ils ne faisaient, pour ainsi dire, qu'ingérer les boissons et les rejeter par la bouche et par l'anus. Chez quelques uns aussi ils déterminent une vive angoisse, et chez tous c'est un des symptômes les plus incommodes, et dont ils demandent à être débarrassés avec les plus vives instances.

Nous avons vu, en parlant du début, que parfois l'*appétit* était perdu ou diminué plusieurs jours avant l'invasion des symptômes violents du choléra ; mais, dans le plus grand nombre des cas, ce n'est qu'au moment où des phénomènes caractéristiques surviennent que l'on constate l'existence de l'*anorexie*. Alors presque tous les sujets se privent volontairement d'aliments, ou s'ils en prennent, c'est avec une répugnance plus ou moins marquée. Cependant, chez quatre sur trente-six chez qui ce symptôme a été recherché avec soin, l'appétit était conservé en partie, même au commencement de la période algide. Il est vrai que l'anorexie ne tarda pas à survenir, et chez tous les sujets, à une époque peu avancée de cette période, l'appétit était complétement perdu. La *soif*, au contraire, est presque toujours vive ; parfois même elle est tellement impérieuse que, malgré les nausées et les vomissements qu'excite l'ingestion des boissons, les malades ne peuvent s'empêcher de la satisfaire. Cependant, chez un sixième des sujets dont j'ai analysé les observations, la soif est restée légère jusqu'au milieu de cette période, et, d'un autre côté, chez quelques uns, elle est devenue vive à la fin, tandis que chez un petit nombre elle a perdu de son intensité, quoique les autres symptômes n'aient éprouvé rien de particulier dans leur marche.

On a dit que dans le choléra les malades avaient un *désir marqué des boissons froides*, et même des boissons *froides et aigrelettes*. Ce symptôme n'est pas, à beaucoup près, aussi constant qu'on l'a prétendu. Six sujets seulement, au

commencement de cette période, éprouvaient un vif désir des boissons froides, trois autres demandaient des boissons froides et acidules ; ces malades avaient tous une soif vive. Mais six autres demandaient, au contraire, des boissons chaudes ou tièdes, et parmi eux, deux seulement n'avaient qu'une soif peu intense. Au milieu de la période, les choses étaient peu changées. Tout ce que nous trouvons, en effet, c'est qu'un des sujets, qui demandait des boissons froides, a manifesté un vif désir des boissons chaudes, et que la soif s'est maintenue chez lui de la même manière jusqu'au moment de la mort. Chez deux sujets seulement, l'ingestion des boissons soit chaudes, soit froides, provoquait immédiatement des vomissements. La soif vive est donc, comme on le voit, un symptôme important, quoique non constant, et le désir des boissons froides et aigres l'est beaucoup moins.

L'*état de la langue* mérite de nous arrêter un instant, à cause des conséquences qu'on a voulu en tirer. Rarement elle est sèche dans le cours de cette période : ce n'est, en effet, que chez cinq sujets sur trente-six qu'on l'a trouvée dans cet état, encore n'est-elle pas toujours restée ainsi, et a-t-elle présenté par moments un degré d'humidité marqué. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même dans le cours de la période de réaction.

La langue est ordinairement *fraîche* ou *froide* et humide ; elle l'est d'autant plus que les sujets approchent de la terminaison fatale. Lorsque la période de réaction commence, la chaleur de la langue se manifeste comme celle des autres parties du corps ; cet organe est ordinairement d'une *couleur livide* ou *violette*, au moins dans une de ses parties : c'est au pourtour qu'on rencontre le plus souvent cette coloration ; car il n'est pas rare de voir jusqu'au dernier moment le centre conserver une couleur blanche ou jaunâtre.

Lorsque les sujets sont plongés dans un état de torpeur considérable, la langue est *incomplétement tirée*, ce qui arrive surtout vers la fin de la maladie. On voit qu'il n'y a là aucun des signes qu'on a voulu regarder comme annonçant un état d'inflammation de l'estomac.

Parfois l'*épigastre* présente des *douleurs spontanées* plus ou moins vives. Ces douleurs sont presque toujours comparées par le malade à des tortillements ; quelquefois on les voit se propager au côté, au dos et à l'épigastre. Moins souvent il existe une douleur à la pression, et cette douleur est ordinairement légère ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est un sentiment d'*oppression* qui existe à l'épigastre, et sur lequel je reviendrai à l'occasion des phénomènes de la respiration. Chez un bon nombre de sujets, au contraire, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression.

On trouve dans le *ventre* des douleurs semblables ; mais, chez un plus petit nombre de sujets, ces douleurs, qui ne sont pas, à proprement parler, des coliques, consistent dans un sentiment de *pesanteur* et de *constriction* ayant son siége vers l'ombilic, l'hypogastre et les flancs. Presque toujours elles ont un faible degré d'intensité ; cependant, chez quelques uns des malades dont j'ai l'observation sous les yeux, elles étaient assez violentes pour arracher des cris. Dans quelques cas, il n'a pas été douteux que ces douleurs ne fussent dues à des crampes véritables. J'y reviendrai lorsque je parlerai de ces derniers symptômes. Enfin, le plus souvent, le ventre reste complétement indolent.

Au commencement de la maladie, il est fort rare qu'il existe du *météorisme*,

même à un faible degré. Alors le ventre est plutôt *rétracté* et dur, de telle sorte que les parois paraissent se retirer vers la colonne vertébrale. C'est ce qui a été observé dans un tiers des cas environ, aux diverses époques de cette période. Chez les autres sujets, le ventre restait indolent et conservait sa conformation naturelle.

La *pression exercée sur le ventre* déterminait, comme celle de l'épigastre, une douleur peu intense dans un petit nombre de cas; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était, chez quelques sujets, l'augmentation considérable de l'oppression par une pression même légère.

Dans un nombre de cas beaucoup moins considérable que ne l'ont avancé quelques auteurs, on a observé un *hoquet* très incommode.

Un phénomène non moins digne d'être noté que ceux qui viennent d'être indiqués, est la *suppression* ou la *diminution notable de l'urine*. Chez plusieurs sujets, cette suppression ou une diminution sensible fut constatée dès le début de la maladie; mais c'est surtout dans le cours de la période algide que ce phénomène s'est montré. Il est rare que les urines soient restées *naturelles* pendant tout le cours de l'affection. Ce fait n'a été constaté que dans quatre des cas dont il s'agit; et toutefois ces quatre cas méritent d'être notés, puisqu'ils prouvent que la suppression des urines n'est pas un symptôme aussi constant que quelques auteurs l'ont prétendu. Dans tous les autres, elles ont été ou *très considérablement diminuées*, leur émission n'ayant lieu que rarement et en très petite abondance, ou *complétement supprimées*.

Dans un petit nombre de cas, après avoir été rares ou supprimées, les urines ont *reparu* en plus ou moins grande abondance vers le milieu de cette période, pour se supprimer ensuite à la fin; et un des sujets dont j'ai l'observation sous les yeux présentait ceci de remarquable, que, quoique l'émission des urines fût nulle, il éprouvait assez fréquemment un besoin d'uriner qui le tourmentait. Dans deux cas, les urines sont devenues *involontaires* à la fin de la maladie. Chez l'un des deux sujets, elles avaient été naturelles jusque-là; chez l'autre elles avaient été supprimées.

Des *phénomènes nerveux* très notables accompagnent les symptômes précédents. Le plus remarquable sans contredit consiste dans des *crampes* qui donnent à cette maladie un caractère tout particulier. Lorsque l'affection est très violente, c'est dès le début même, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que se manifestent ces crampes. Dans les autres cas, elles se montrent au bout d'un temps qui varie entre une heure, et trois, quatre ou cinq jours. Ces derniers cas sont rares.

Ordinairement *très violentes*, les crampes sont quelquefois *médiocres* au commencement de cette période. Lorsqu'elles sont excessivement violentes, elles occupent promptement soit tous les membres, soit même tout le corps. Dans les autres cas, elles commencent soit aux mollets, soit aux pieds, pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs, et parfois à l'épigastre ou à tout l'abdomen. Sous leur influence, on voit les muscles se gonfler, durcir notablement, l'abdomen présenter des bosselures qui occupent principalement le muscle droit, et une vive anxiété survenir. Nous verrons plus loin cette anxiété, ces angoisses être quelquefois si vives, qu'elles tirent le malade de l'assoupissement le plus profond.

Il est rare de voir les crampes persister avec la même violence pendant toute la

période dont il s'agit ; elles diminuent ordinairement à mesure que les malades approchent du terme fatal, de ce moment que M. Gendrin a appelé *période asphyxique*, ou bien de la *période de réaction*. Dans sept cas même, elles ont été complétement supprimées au milieu de cette période ; et ce qui prouve qu'il y a là plus qu'une coïncidence, c'est que dans deux autres elles ont complétement disparu à la fin, et que dans trois elles ont diminué notablement de violence. Chez un seul sujet, après avoir été supprimées au milieu de la période, elles ont reparu, avec un médiocre degré d'intensité, peu avant la mort.

La *céphalalgie* est un symptôme sur lequel on a beaucoup insisté : cependant onze sujets seulement sur les trente-six se sont plaints d'une douleur de tête qui n'était vive que chez trois. Deux d'entre eux en fixaient le siége à la région frontale. La céphalalgie est encore un phénomène qui caractérise principalement le commencement de cette période. Chez cinq sujets seulement elle a persisté jusqu'à la fin, n'étant un peu violente que chez un seul, et ayant diminué notablement chez les autres. Nous retrouverons ce symptôme dans la période de réaction.

L'état des *sens* mérite aussi d'être examiné. On n'observe ordinairement ni *vertiges*, ni *étourdissements*, et si ces symptômes peuvent être, comme on l'a avancé, regardés, dans un certain nombre de cas, comme des phénomènes précurseurs, il n'en est pas moins vrai de dire qu'ils se dissipent très promptement.

L'état de la *vue* a, au contraire, dans quelques cas, quelque chose de particulier. Parfois obscurcie dès le début, elle l'est bien plus souvent dans le cours de la période algide. Ce symptôme s'est montré, en effet, chez dix des trente-six sujets dont j'analyse les observations. Chez la plupart il a persisté jusqu'à la fin de la période ; chez deux cependant la vue a recouvré son intégrité vers la fin, et chez deux autres aussi, après s'être conservée intacte jusque-là, elle est devenue notablement voilée. Trois sujets présentaient un phénomène remarquable : l'un voyait les objets colorés en bleu ; pour l'autre, ils étaient tantôt noirs et tantôt rouges, et le troisième avait une véritable *diplopie*. Des phénomènes semblables ont été signalés par tous les auteurs.

Quant à l'*ouïe*, elle est toujours restée fine, et si parfois les malades ne répondaient pas promptement aux questions, c'est qu'ils étaient plongés dans l'assoupissement, et non à cause d'un certain degré de surdité ; car dès que cet assoupissement avait cessé, on voyait que l'ouïe avait conservé toute sa finesse. On lit cependant dans les auteurs que la surdité est un symptôme du choléra, mais on a eu sans doute en vue des cas exceptionnels. Quelques sujets (six) ont présenté des *tintements* et des *bourdonnements d'oreille*, et ce phénomène a persisté depuis le commencement de cette période jusqu'à la fin.

Il est impossible que des symptômes tels que ceux qui viennent d'être décrits ne déterminent pas un *malaise* plus ou moins notable ; quelquefois ce malaise allait jusqu'à produire des angoisses si vives, dans un très petit nombre de cas, que les malades désiraient la mort ; c'est ce qui avait lieu chez une femme dont j'ai l'observation sous les yeux. En même temps on observe une *agitation* plus ou moins vive, qui ne survient ordinairement que par moments. La cause de [illegible] se trouve presque toujours dans l'apparition des crampes, ce dont [illegible] quand on a observé les sujets plongés dans l'assoupissement.

Cet *assoupissement* est un des phénomènes les plus importants de cette période; il est presque constant. Rarement il se manifeste au début de la maladie ou au commencement de la période algide. Ce n'est qu'après une certaine durée des premiers symptômes violents du choléra qu'il apparaît. Il n'est jamais continuel; les crampes violentes viennent presque toujours l'interrompre. Parfois léger, il est souvent assez profond pour que les sujets se montrent insensibles à ce qui se passe autour d'eux. Cependant il n'est pas très difficile de les en tirer, soit par des interrogations, soit par des mouvements. Quelquefois alors les réponses sont lentes, et l'on voit les malades retomber bientôt dans leur torpeur. Deux sujets parmi ceux dont je passe les observations en revue présentaient un état digne de remarque : c'était une *immobilité* complète vers la fin de cette période et peu de temps avant la mort.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore au milieu de tous ces symptômes si graves, c'est la conservation de l'*intelligence* chez la grande majorité des sujets. Neuf d'entre eux seulement ont présenté, sous ce rapport, quelques altérations, et ces altérations n'étaient pas très notables, comme on va en juger. Aucun d'eux, en effet, n'a eu de délire. Deux seulement présentaient un air d'étonnement; un troisième manifestait une *indifférence* marquée à la fin de la maladie; un autre portait une expression d'hébétude sur la face, et chez les autres on n'observait autre chose que la *lenteur des réponses* dont j'ai parlé. C'était là plutôt, comme on le voit, un accablement, une oppression des facultés intellectuelles, qu'une véritable altération. Peut-être aussi la fatigue que l'interrogatoire faisait éprouver aux malades était-elle pour beaucoup dans cette lenteur de leurs réponses.

Il est très rare que les *forces* soient anéanties dès le début. Au commencement de cette période, elles ont en général plus ou moins notablement diminué, mais non au point de forcer les malades à se coucher, si les autres symptômes ne leur en faisaient une nécessité; à la fin de la période, au contraire, elles sont, chez un certain nombre de sujets, tellement anéanties, que les moindres mouvements paraissent pénibles, et que, comme nous l'avons vu plus haut, quelques uns gardent une immobilité complète. Une sensation de *brisement des membres*, en l'absence même des crampes, se montre aussi chez un petit nombre de sujets, et d'autres éprouvent, soit au commencement, soit à la fin de cette période, quelques *lipothymies* passagères.

Du côté de la *respiration*, nous trouvons des phénomènes dignes d'être notés : ordinairement *haute*, *pénible*, quelquefois *incomplète*, la respiration est souvent remarquable par sa *fréquence*. C'est ainsi que chez la plupart des sujets chez lesquels il a été noté avec soin, le nombre des inspirations a varié de vingt-six à quarante. Un seul présentait une accélération extrême : il avait, en effet, cinquante-deux inspirations par minute. Cet état de la respiration se continue presque toujours jusqu'à la fin de cette période, et parfois même il va en augmentant.

M. Doyère (1), ayant analysé l'*air expiré* par les cholériques, a vu que l'acide carbonique s'y trouve dans des proportions très inférieures à celles de l'état normal, et que cette proportion diminue à mesure que la maladie s'aggrave. Selon M. Begbie (2)[redacted]ferme une certaine quantité de bicarbonate d'ammoniaque.

(1) [redacted] des sciences, 21 mai 1849.
(2) [redacted], novembre 1849.

Un certain degré d'*oppression* se manifeste chez un bon nombre de sujets. Elle a été notée dix-huit fois sur trente et un malades chez lesquels on l'a recherchée. Cette oppression est parfois extrême, et telle, qu'elle constitue souvent pour le malade le symptôme dont il se plaint le plus. Ordinairement en rapport avec la fréquence des inspirations, elle est quelquefois considérable, quoique les inspirations soient peu nombreuses, et c'est ce qui était surtout remarquable chez un sujet qui ne présentait que dix inspirations à la minute; fait entièrement exceptionnel. Cette oppression va ordinairement en augmentant jusqu'au milieu de cette période; mais son accroissement est loin de se continuer jusqu'à la fin, dans tous les cas.

Rappelons ici que quelques malades se plaignaient très vivement de l'augmentation qu'une pression même légère de l'épigastre apportait à leur oppression.

Parfois la respiration est *suspirieuse;* plus rarement elle paraît *suspendue* par moments, et ces symptômes sont en rapport avec la gravité de l'affection. Un seul des sujets dont j'examine les observations a fait entendre du *râle trachéal* dans les derniers moments de la maladie. Chez d'autres, on a entendu du *râle crépitant* ou *sous-crépitant* dans diverses parties de la poitrine, et ces signes annonçaient soit la présence de quelques *tubercules*, soit l'invasion d'une *pneumonie*.

La *voix* présente des altérations telles, qu'elle frappe non seulement le médecin, mais les assistants. Parfois très affaiblie dès le début, elle l'est constamment au commencement de la période dont il s'agit. Chez un certain nombre de sujets (huit), il existe dès ce moment une *aphonie* complète ou presque complète, et ce symptôme se continue jusqu'à la fin de cette période, soit que la maladie se termine par la mort, soit que la période de réaction survenant, la voix reprenne, avec plus ou moins de promptitude, son timbre naturel. Lorsque la voix est seulement faible, les sons ont un caractère voilé, et, lorsqu'il y a aphonie, le malade semble *parler péniblement*, à voix basse; quelquefois même les paroles paraissent comme *soufflées*.

Il n'est pas très rare de voir, même dans les cas où elle est le plus fortement altérée, la voix reprendre par moments *une certaine force*. C'est ce que l'on remarque surtout lorsque les malades poussent des cris. L'extinction de la voix est, par conséquent, due à l'oppression des fonctions respiratoires, oppression qui peut être vaincue par des mouvements énergiques.

Du côté de la *circulation*, on observe des symptômes également fort graves. Au commencement de la période, le *pouls* est faible, ordinairement étroit, parfois filiforme, et, dans un petit nombre de cas, insensible ou presque insensible. Ces caractères du pouls se manifestent de plus en plus à mesure que la maladie augmente, de telle sorte qu'au milieu de la période, le pouls est petit et misérable dans les cas où l'on peut le sentir encore, et qu'à la fin, chez presque tous les sujets, on ne peut plus distinguer les pulsations dans tous les points accessibles de l'artère radiale. Il est presque toujours facile à déprimer. Chez les trente-six sujets dont il s'agit principalement ici, un seul a présenté un peu de dureté du pouls; chez un autre, il y a eu cela de remarquable, qu'insensible tout d'abord d'un côté, il a été perçu de l'autre jusqu'à la fin de la maladie. Dans le petit nombre de cas où le pouls avait conservé un peu de largeur au début, il n'a pas tardé à devenir petit et misérable comme dans les autres.

Il est rare qu'on observe une certaine inégalité du pouls, et jamais on n'a con-

staté d'irrégularité véritable, même dans la période la plus avancée. Quant au *nombre des pulsations*, il est toujours plus élevé que dans l'état normal ; mais ordinairement l'accélération est peu considérable. Cependant, chez un sujet, il y a eu jusqu'à cent quarante-huit pulsations; mais c'est là un fait tout exceptionnel. Le nombre des pulsations varie ordinairement entre soixante-douze et cent huit ou cent dix. La fréquence reste à peu près la même dans tout le cours de la période dont il s'agit ; tantôt on la voit augmenter un peu vers sa fin, et tantôt, au contraire, diminuer, et la limite de ces changements ne dépasse guère une dizaine de pulsations.

Lorsque le pouls radial est insensible, on peut encore sentir les *pulsations de l'artère carotide* qui sont alors très faibles et en rapport avec la gravité des autres symptômes. Il en est de même des *battements du cœur*.

Dans une note communiquée à la Société de biologie, M. Bouchut (1) signale la *réduction des deux bruits du cœur en un seul* dans les dernières heures de l'existence ; la présence d'un *bruit de souffle sec* et de *bruits de frottement* dans le cours de la cyanose ou au commencement de la période de réaction ; enfin la présence d'un *bruit de souffle intermittent* à la base du cœur et dans les vaisseaux pendant la convalescence.

La circulation est, dans cette période, et surtout à une époque assez avancée, si profondément altérée, que, si l'on pratique une saignée aux malades, on a ordinairement *beaucoup de peine à faire couler le sang*, et que parfois *l'écoulement est absolument impossible.* Les sangsues, au contraire, prennent assez bien, à moins que le sujet ne soit à une époque très voisine de la mort, et l'écoulement de sang qui résulte de leurs piqûres est assez facile et assez abondant.

Le *sang* retiré par la saignée a été décrit avec soin par les auteurs. On le trouve noir, dépourvu en grande partie de sérum, et ordinairement semblable, comme on l'a dit, à de la gelée de groseille bien cuite. Dans un cas dont j'ai l'observation sous les yeux, il se couvrit d'une couenne épaisse, d'apparence gélatineuse, sans qu'aucune inflammation intercurrente soit venue, à l'autopsie, donner l'explication de ce phénomène.

La *coloration* qui se montre sur les différentes parties du corps tient évidemment à cet état de la circulation. Les malades ont d'abord les extrémités livides, bleuâtres ; puis la face présente la même couleur qui se remarque surtout autour des lèvres et au nez ; enfin le cou et la poitrine se teignent en bleu ou en violet, et quelquefois la coloration anormale est portée à un tel point, que tout le corps est d'une couleur foncée; c'est ce qu'on observait principalement dans un des cas que j'examine, et où la couleur générale était d'un bleu de plombagine.

En même temps, la *température* du corps s'abaisse ; les extrémités supérieures, qui sont fréquemment hors du lit, deviennent ordinairement froides les premières, ainsi que la face. Celle-ci se refroidit principalement vers les parties centrales. Plus tard, les extrémités inférieures participent au refroidissement. Enfin on observe, dans certains cas, un froid universel très prononcé, et que je vois, dans une observation, désigné sous le nom de *froid glacial ;* quelquefois même, ainsi que l'a constaté M. Louis, la sensation de froid éprouvée par l'observateur était plus con-

(1) *Arch. gén. de méd.*, février [illegible]

sidérable que celle que l'on ressentait en plaçant la main sur la table de fer placée au chevet du lit du malade. Ce refroidissement suit la marche des symptômes; lorsque par des moyens quelconques, on est parvenu à arrêter les vomissements et la diarrhée, il n'est pas rare de voir la chaleur se reproduire momentanément, et quelquefois même s'élever au-dessus de l'état normal, pour faire de nouveau place au froid, quand les symptômes intestinaux se reproduisent. On a fait des *expériences thermométriques* sur cet abaissement de la température, et, ce qui ressort de plus important de ces expériences, c'est que, parmi les cas où la température de la surface du corps est descendue au-dessous de 19 degrés Réaumur, il n'y a pas eu un seul exemple de guérison (1).

La *peau* présente, en outre, un phénomène remarquable, c'est la perte plus ou moins notable de son élasticité. Si l'on fait un pli sur une partie du corps, et principalement au cou, où le tissu cellulaire est lâche, on le voit s'effacer beaucoup plus lentement que dans l'état normal. Dans un cas même, je trouve que la peau gardait l'empreinte des doigts, quoiqu'il n'y eût aucun signe d'œdème.

La *sensibilité cutanée* est parfois notablement affaiblie. C'est ainsi que, chez trois sujets, je trouve que les pincements les plus forts ne déterminaient qu'un très médiocre degré de douleur, ou même n'étaient pas sentis.

La peau ne présente pas ordinairement, comme on aurait dû s'y attendre après des évacuations séreuses si considérables, de sécheresse remarquable. Dans un certain nombre de cas, au contraire, on observe une *moiteur* ordinairement *froide*, parfois visqueuse, à la partie supérieure du tronc et sur les bras; c'est ce qui a été observé chez neuf des trente-six sujets dont je donne ici l'analyse, et ce qui n'est par conséquent pas aussi constant que quelques auteurs ont voulu le dire. On n'a jamais observé de *sueurs* très abondantes dans la période dont il est ici question.

Quoique la sensation de froid perçue par le médecin soit considérable, les malades se plaignent rarement d'en éprouver une aussi forte. Dans dix-huit cas seulement, à une époque plus ou moins avancée, les malades se sont plaints du froid qu'ils éprouvaient; mais ce froid n'a été général et intense que chez deux d'entre eux; chez les autres il était borné aux pieds et aux mains, et excitait beaucoup moins de plaintes que la plupart des symptômes précédemment décrits. Les *frissons* ne se sont jamais continués dans le cours de la période algide.

La *face* présente des altérations souvent effrayantes : c'est ainsi qu'à une époque assez avancée de cette période, on voit les joues se creuser, les traits s'effiler, les yeux s'excaver; de telle sorte que dans quelques cas, du jour au lendemain, le sujet devient méconnaissable. Parfois on voit sur la face une expression de douleur violente ou de malaise qui coïncide avec la vivacité des crampes ou bien avec un abattement plus ou moins profond, signe d'une grande faiblesse générale.

L'*excavation des yeux*, dont je viens de dire un mot, a lieu chez tous les sujets, et parfois à une époque très rapprochée du début ou au début même. On a dit que cette excavation s'accompagne d'un état de *sécheresse remarquable de la conjonctive*, de plissements et de *perte de transparence de la cornée;* mais les faits de

(1) Voy., à ce sujet, les expériences intéressantes de M. Roger, *Comptes rendus des séances de la Soc. médic. des hôpitaux* (*Union médic.*, 1849), et celles de MM. Briquet et Mignot (*loc. cit.*).

ce genre ne sont pas, à beaucoup près, les plus communs, et l'on a eu tort de les donner comme l'expression de la règle générale.

Au commencement de la période, les yeux restent humides et parfois même ils deviennent larmoyants. Ils sont brillants, mais non injectés, comme dans la période de réaction. Ils ont parfois une expression de langueur qui coïncide avec un haut degré de faiblesse. Je ne trouve les *yeux ternes* que chez un seul sujet, peu de temps avant la mort. Quant aux autres particularités que peuvent offrir ces organes, il me suffira de dire que, dans un cas, les *paupières* étaient contractées au point qu'on avait de la peine à les ouvrir, et que dans deux autres il y avait une étroitesse assez marquée de la *pupille*.

Telle est, d'après des observations très exactes et non d'après une appréciation générale semblable à celles qui ont dicté la plupart des articles des auteurs, la description de cette période, la plus terrible sans aucun doute, et pendant laquelle ont péri le plus grand nombre des sujets, dans le cours des épidémies dont on nous a laissé l'histoire. Lorsque le malade doit succomber, on voit la circulation s'embarrasser de plus en plus, l'abattement, l'assoupissement, l'insensibilité faire des progrès, et la mort arriver sans aucune grande perturbation. C'est de ces derniers symptômes, remarquables par l'embarras de la circulation et de la respiration, qu'on a voulu faire une période particulière, sous le nom de *période asphyxique*.

3° *Période de réaction*. Il ne faut pas croire que cette période de réaction fasse partie constituante essentielle du choléra : c'est cependant ce qu'on pourrait penser d'après la description tracée par les auteurs ; mais si l'on consulte les observations, on voit que, dans un bon nombre de cas, la période algide se termine par un retour graduel à l'état normal, sans qu'il y ait dans la manière dont les fonctions se relèvent rien qui paraisse dépasser les limites. Ainsi le pouls prend peu à peu de la largeur ; la chaleur normale revient d'abord au tronc, puis aux extrémités et à la face ; la respiration devient peu à peu plus facile, et bientôt le malade est complétement guéri. On ne saurait évidemment voir là aucune réaction, et comme dans la majorité des cas, même au fort de l'épidémie, les choses se sont passées ainsi, on voit que cette période, très importante à connaître néanmoins, n'est pas aussi inévitable qu'on a semblé le croire. En 1849, la réaction a été plus fréquente qu'en 1832.

On a divisé la réaction en un assez grand nombre d'espèces, suivant les symptômes prédominants qui la caractérisent : c'est ainsi que les rédacteurs de la *Gazette médicale* ont admis une *forme inflammatoire*, une *forme adynamique*, une *forme ataxique*, et une *forme comateuse*. En analysant avec soin les faits, on voit que ce ne sont là que de simples nuances qui indiquent une plus ou moins grande gravité des phénomènes, mais qui n'en changent nullement la nature. La division admise par M. Magendie a encore moins d'importance, puisqu'on ne peut en tirer que des conséquences d'un médiocre intérêt relativement à la terminaison probable de la maladie ; aussi ne l'exposerai-je pas en détail. J'en dirai seulement quelques mots plus loin.

Ce qui caractérise principalement cette période de réaction, c'est le retour de la circulation et de la chaleur. Le *pouls*, qui avait été si longtemps filiforme, prend, avec une plus ou moins grande rapidité, de l'ampleur et devient dur et

Au milieu de ce sérum étendu nage de l'albumine coagulée dont les fragments ténus sont unis et agglomérés par une petite quantité de mucus. »

L'auteur signale encore comme faits importants de ses analyses :

« 1° L'albumine en dissolution ;

» 2° L'albumine coagulée qui donne aux matières des vomissements des cholériques l'apparence d'eau de riz ;

» 3° L'abondance plus grande de ces deux albumines à une époque plus rapprochée du début ;

» 4° La présence d'une quantité notable de chlorure de sodium, quantité qu'on trouve presque triple de ce qu'elle est dans le sang, si l'on fait pour un instant abstraction de l'eau, et si l'on n'envisage le chlorure de sodium que relativement aux parties solides des vomissements ;

» 5° Enfin, l'acidité des vomissements. »

Le tableau relatif aux évacuations alvines contient quatre analyses, et les conclusions présentent une grande analogie avec celles qui sont relatives aux vomissements.

« C'est une eau légèrement albumineuse, contenant, outre l'albumine en dissolution, une quantité variable d'albumine coagulée, unie à une très petite quantité de mucus.

» Cette eau albumineuse est, en général, neutre ou légèrement alcaline, et contient également une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. »

Il ne m'appartient pas de me prononcer entre ces résultats contradictoires ; c'est aux expériences ultérieures à nous éclairer.

Lorsque les selles sont très fréquentes, le besoin de les rendre est si impérieux que les malades ne peuvent pas attendre un instant, et les rendent dans leur lit sans que pour cela elles soient involontaires. Parfois aussi il suffit des efforts de vomissement pour déterminer l'expulsion des selles liquides.

Les *coliques*, que nous avons vues fréquemment manquer au début, sont loin d'être constantes dans cette période, et surtout de durer pendant tout son cours. Ce n'est guère que sur le tiers des sujets environ qu'il en est ainsi. Chez les autres, ou bien il n'existe de coliques dans aucun moment, ce qui est rare, ou bien, après s'être montrées au commencement de la période, elles cessent bientôt pour ne plus reparaître. Cependant, dans deux cas, je vois que les coliques, qui jusqu'alors ne s'étaient pas montrées, ont apparu à la fin de la maladie et quelques heures avant la mort.

Des *borborygmes*, des *gargouillements*, soit spontanés, soit provoqués par la pression sur le ventre, accompagnent également les selles liquides dans un nombre assez limité de cas.

Les *vomissements*, ainsi que je l'ai dit plus haut, ne tardent pas à se joindre aux symptômes précédents. Au commencement de cette période, ils apparaissent dans un nombre considérable de cas. Dix-huit fois, en effet, sur vingt-neuf observations très exactes que j'ai sous les yeux, ils se sont montrés tout d'abord, tantôt rares (neuf fois), tantôt fréquents (neuf fois), mais toujours avec des caractères analogues. Ils sont formés d'un liquide blanchâtre, jaune verdâtre, grisâtre, ordinairement louche et contenant fréquemment des flocons muqueux sem-

blables à ceux qui ont été décrits dans les selles. Quelquefois cependant on les a vus composés d'aliments mal digérés ou de boissons ; mais presque toujours alors les vomissements caractéristiques que je viens d'indiquer leur ont promptement succédé.

Plus tard, c'est-à-dire vers le milieu de cette période, les vomissements se montrent plus rarement. Ils n'ont, en effet, été notés que treize fois, ce qui est dû, sans aucun doute, aux moyens thérapeutiques mis en usage ; mais ils présentent, dans quelques cas, des caractères nouveaux qui méritent d'être mentionnés. Chez trois sujets, en effet, ils étaient composés d'une matière jaune verdâtre, amère, et contenaient par conséquent une certaine quantité de *bile* ; chez un autre, l'ingestion des boissons provoquait le vomissement, ce qui n'avait pas lieu au début de la maladie.

Enfin, lorsque cette période touche à sa terminaison, soit que les sujets doivent succomber, soit qu'ils doivent guérir, il est bien plus rare d'observer les vomissements. Ils ne se sont plus montrés, en effet, que sept fois (trois fois fréquents et quatre fois rares). Mais les effets plus que probables du traitement employé ne nous permettent pas de dire si c'est là une tendance naturelle de la maladie, ou si les vomissements ont été seulement suspendus par les moyens thérapeutiques. Les vomissements amers, bilieux, se sont montrés deux fois encore au déclin de cette période.

J'ai dit plus haut que les vomissements étaient fréquents surtout au commencement de la période cyanique. Chez quelques sujets, cette fréquence était extrême, de telle sorte qu'ils ne faisaient, pour ainsi dire, qu'ingérer les boissons et les rejeter par la bouche et par l'anus. Chez quelques uns aussi ils déterminent une vive angoisse, et chez tous c'est un des symptômes les plus incommodes, et dont ils demandent à être débarrassés avec les plus vives instances.

Nous avons vu, en parlant du début, que parfois l'*appétit* était perdu ou diminué plusieurs jours avant l'invasion des symptômes violents du choléra ; mais, dans le plus grand nombre des cas, ce n'est qu'au moment où des phénomènes caractéristiques surviennent que l'on constate l'existence de l'*anorexie*. Alors presque tous les sujets se privent volontairement d'aliments, ou s'ils en prennent, c'est avec une répugnance plus ou moins marquée. Cependant, chez quatre sur trente-six chez qui ce symptôme a été recherché avec soin, l'appétit était conservé en partie, même au commencement de la période algide. Il est vrai que l'anorexie ne tarda pas à survenir, et chez tous les sujets, à une époque peu avancée de cette période, l'appétit était complétement perdu. La *soif*, au contraire, est presque toujours vive ; parfois même elle est tellement impérieuse que, malgré les nausées et les vomissements qu'excite l'ingestion des boissons, les malades ne peuvent s'empêcher de la satisfaire. Cependant, chez un sixième des sujets dont j'ai analysé les observations, la soif est restée légère jusqu'au milieu de cette période, et, d'un autre côté, chez quelques uns, elle est devenue vive à la fin, tandis que chez un petit nombre elle a perdu de son intensité, quoique les autres symptômes n'aient éprouvé rien de particulier dans leur marche.

On a dit que dans le choléra les malades avaient un *désir marqué des boissons froides*, et même des boissons *froides et aigrelettes*. Ce symptôme n'est pas, à beaucoup près, aussi constant qu'on l'a prétendu. Six sujets seulement, au

commencement de cette période, éprouvaient un vif désir des boissons froides, trois autres demandaient des boissons froides et acidules : ces malades avaient tous une soif vive. Mais six autres demandaient, au contraire, des boissons chaudes ou tièdes, et parmi eux, deux seulement n'avaient qu'une soif peu intense. Au milieu de la période, les choses étaient peu changées. Tout ce que nous trouvons, en effet, c'est qu'un des sujets, qui demandait des boissons froides, a manifesté un vif désir des boissons chaudes, et que la soif s'est maintenue chez lui de la même manière jusqu'au moment de la mort. Chez deux sujets seulement, l'ingestion des boissons soit chaudes, soit froides, provoquait immédiatement des vomissements. La soif vive est donc, comme on le voit, un symptôme important, quoique non constant, et le désir des boissons froides et aigres l'est beaucoup moins.

L'*état de la langue* mérite de nous arrêter un instant, à cause des conséquences qu'on a voulu en tirer. Rarement elle est sèche dans le cours de cette période : ce n'est, en effet, que chez cinq sujets sur trente-six qu'on l'a trouvée dans cet état, encore n'est-elle pas toujours restée ainsi, et a-t-elle présenté par moments un degré d'humidité marqué. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même dans le cours de la période de réaction.

La langue est ordinairement *fraîche* ou *froide* et humide ; elle l'est d'autant plus que les sujets approchent de la terminaison fatale. Lorsque la période de réaction commence, la chaleur de la langue se manifeste comme celle des autres parties du corps ; cet organe est ordinairement d'une *couleur livide* ou *violette*, au moins dans une de ses parties : c'est au pourtour qu'on rencontre le plus souvent cette coloration ; car il n'est pas rare de voir jusqu'au dernier moment le centre conserver une couleur blanche ou jaunâtre.

Lorsque les sujets sont plongés dans un état de torpeur considérable, la langue est *incomplétement tirée*, ce qui arrive surtout vers la fin de la maladie. On voit qu'il n'y a là aucun des signes qu'on a voulu regarder comme annonçant un état d'inflammation de l'estomac.

Parfois l'*épigastre* présente des *douleurs spontanées* plus ou moins vives. Ces douleurs sont presque toujours comparées par le malade à des tortillements ; quelquefois on les voit se propager au côté, au dos et à l'épigastre. Moins souvent il existe une douleur à la pression, et cette douleur est ordinairement légère ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est un sentiment d'*oppression* qui existe à l'épigastre, et sur lequel je reviendrai à l'occasion des phénomènes de la respiration. Chez un bon nombre de sujets, au contraire, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression.

On trouve dans le *ventre* des douleurs semblables ; mais, chez un plus petit nombre de sujets, ces douleurs, qui ne sont pas, à proprement parler, des coliques, consistent dans un sentiment de *pesanteur* et de *constriction* ayant son siége vers l'ombilic, l'hypogastre et les flancs. Presque toujours elles ont un faible degré d'intensité ; cependant, chez quelques uns des malades dont j'ai l'observation sous les yeux, elles étaient assez violentes pour arracher des cris. Dans quelques cas, il n'a pas été douteux que ces douleurs ne fussent dues à des crampes véritables. J'y reviendrai lorsque je parlerai de ces derniers symptômes. Enfin, le plus souvent, le ventre reste complétement indolent.

Au commencement de la maladie, il est fort rare qu'il existe du *météorisme*,

même à un faible degré. Alors le ventre est plutôt *rétracté* et dur, de telle sorte que les parois paraissent se retirer vers la colonne vertébrale. C'est ce qui a été observé dans un tiers des cas environ, aux diverses époques de cette période. Chez les autres sujets, le ventre restait indolent et conservait sa conformation naturelle.

La *pression exercée sur le ventre* déterminait, comme celle de l'épigastre, une douleur peu intense dans un petit nombre de cas; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était, chez quelques sujets, l'augmentation considérable de l'oppression par une pression même légère.

Dans un nombre de cas beaucoup moins considérable que ne l'ont avancé quelques auteurs, on a observé un *hoquet* très incommode.

Un phénomène non moins digne d'être noté que ceux qui viennent d'être indiqués, est la *suppression* ou la *diminution notable de l'urine*. Chez plusieurs sujets, cette suppression ou une diminution sensible fut constatée dès le début de la maladie; mais c'est surtout dans le cours de la période algide que ce phénomène s'est montré. Il est rare que les urines soient restées *naturelles* pendant tout le cours de l'affection. Ce fait n'a été constaté que dans quatre des cas dont il s'agit; et toutefois ces quatre cas méritent d'être notés, puisqu'ils prouvent que la suppression des urines n'est pas un symptôme aussi constant que quelques auteurs l'ont prétendu. Dans tous les autres, elles ont été ou *très considérablement diminuées*, leur émission n'ayant lieu que rarement et en très petite abondance, ou *complétement supprimées*.

Dans un petit nombre de cas, après avoir été rares ou supprimées, les urines ont *reparu* en plus ou moins grande abondance vers le milieu de cette période, pour se supprimer ensuite à la fin; et un des sujets dont j'ai l'observation sous les yeux présentait ceci de remarquable, que, quoique l'émission des urines fût nulle, il éprouvait assez fréquemment un besoin d'uriner qui le tourmentait. Dans deux cas, les urines sont devenues *involontaires* à la fin de la maladie. Chez l'un des deux sujets, elles avaient été naturelles jusque-là; chez l'autre elles avaient été supprimées.

Des *phénomènes nerveux* très notables accompagnent les symptômes précédents. Le plus remarquable sans contredit consiste dans des *crampes* qui donnent à cette maladie un caractère tout particulier. Lorsque l'affection est très violente, c'est dès le début même, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que se manifestent ces crampes. Dans les autres cas, elles se montrent au bout d'un temps qui varie entre une heure, et trois, quatre ou cinq jours. Ces derniers cas sont rares.

Ordinairement *très violentes*, les crampes sont quelquefois *médiocres* au commencement de cette période. Lorsqu'elles sont excessivement violentes, elles occupent promptement soit tous les membres, soit même tout le corps. Dans les autres cas, elles commencent soit aux mollets, soit aux pieds, pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs, et parfois à l'épigastre ou à tout l'abdomen. Sous leur influence, on voit les muscles se gonfler, durcir notablement, l'abdomen présenter des bosselures qui occupent principalement le muscle droit, et une vive anxiété survenir. Nous verrons plus loin cette anxiété, ces angoisses être quelquefois si vives, qu'elles tirent le malade de l'assoupissement le plus profond.

Il est rare de voir les crampes persister avec la mê[illegible] pendant toute la

était ainsi que chez trois sujets sur trente-cinq, et encore faut-il dire que c'était à une époque où les symptômes de réaction approchaient, et où par conséquent, l'exhalation séreuse, à la surface de l'estomac, cessait d'être abondante ou même de se produire. Chez tous les autres sujets, l'estomac avait son volume ordinaire ou était un peu plus volumineux.

L'état de cet organe est en rapport avec l'abondance du liquide qu'il contient. Rarement il renferme des gaz en quantité considérable : le liquide trouvé dans son intérieur présente, suivant les sujets, quelques différences qui méritent d'être notées. Ordinairement vert ou vert jaunâtre, ou gris, il est parfois rouge ou couleur lie de vin, phénomène qui a été constaté par la plupart des auteurs, et qui s'est rencontré cinq fois chez les sujets dont j'ai l'observation sous les yeux. Parfois ce liquide est louche, bien plus rarement il est incolore. Coulant chez la majorité des sujets comme de l'eau, chez quelques uns, au contraire, il est épais, ce qui tient surtout à la présence d'une substance muqueuse dont il va être question.

Ordinairement peu abondant, le *mucus* se présente sous deux formes distinctes. Tantôt, en effet, on trouve simplement dans le liquide quelques flocons d'un vert blanchâtre, ou plus rarement grisâtre, et ressemblant à du riz cuit; tantôt, avec ou en l'absence de ces flocons muqueux, on trouve une substance plus ou moins visqueuse, ordinairement adhérente, d'une abondance médiocre, et qu'il est difficile souvent de détacher de la muqueuse par des lavages répétés. Cette substance rend parfois très onctueux le liquide contenu dans l'estomac, et quelquefois le fait ressembler à du blanc d'œuf. Tout dépend de la quantité du liquide séreux et trouble qui existe en même temps dans l'estomac.

Dans un des cas que j'ai sous les yeux, le liquide se présentait avec un aspect très remarquable, car on voyait à sa surface comme de petits globules de graisse liquéfiée, semblables à ce qu'on appelle des *yeux* sur le bouillon. Chez un autre sujet, il existait dans l'estomac une petite quantité de sang pur liquide, ce qui ne paraît être autre chose que l'exagération de l'état dans lequel nous avons trouvé le liquide rouge et lie de vin, le sang exhalé s'étant, dans ces derniers cas, mêlé à une plus ou moins grande quantité d'une autre matière. Enfin, malgré l'abondance des vomissements, on a encore trouvé, quoique rarement, des aliments mal digérés au milieu du liquide stomacal.

Les expériences chimiques faites sur ce liquide ont démontré qu'il était fortement alcalin, et qu'il contenait une assez grande proportion d'albumine; en un mot, qu'il renfermait les principaux éléments du sérum du sang (1). Nous avons vu plus haut le résultat des expériences de M. Becquerel.

Si maintenant nous examinons les parois de l'estomac, nous trouvons que ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la coloration. Rarement, en effet, on trouve la muqueuse avec sa couleur naturelle. Ordinairement rose livide ou pâle, ou bien blanc bleuâtre, soit dans toute son étendue, soit, ce qui est bien plus fréquent, dans un ou plusieurs points, elle est parfois jaune, bistre, ou plus rarement elle a la couleur de la pelure d'oignon. On voit que la principale coloration est la couleur rosée ou livide. Dans les cas où le tissu sous-muqueux a été examiné, on y a trouvé la cause de cette coloration dans une injection veineuse plus ou moins considérable.

(1) Voy. Lassaigne, *Thèse*. Paris. — Hermann, *Med.-chir. review*, 1832, etc.

tandis que la muqueuse elle-même ne présentait pas de vaisseaux développés dans son épaisseur. On y voyait seulement, dans un nombre peu considérable de cas, un pointillé rouge médiocrement abondant.

Les altérations de cette membrane consistaient presque uniquement dans un certain degré de ramollissement et dans un mamelonnement assez fréquent, dont quelques unes de ses parties étaient le siége. Le ramollissement occupe presque toujours le grand cul-de-sac ; parfois il se montre peu étendu dans d'autres régions. La membrane peut être ramollie au point de s'enlever comme du mucus. Le siége de ce ramollissement et l'absence de toute autre lésion concomitante ne permettent pas de le rapporter à une inflammation véritable.

On a encore, dans quelques cas, trouvé, dans la muqueuse stomacale, quelques petits points saillants, blanchâtres, assez semblables à ceux que nous retrouverons dans l'intestin et dans l'œsophage. Une seule fois un épaississement un peu remarquable de la muqueuse a été noté dans les observations que j'analyse.

L'intestin grêle présente ordinairement un volume un peu augmenté, surtout dans les points où existe la plus grande accumulation de liquide, c'est-à-dire à la partie inférieure de l'iléon. Il est rare que cette augmentation de volume soit due au développement d'une notable quantité de gaz. Aussi l'intestin n'a-t-il été presque jamais doublé de volume. M. Dalmas, en particulier, a indiqué une certaine sensation produite par le contact des intestins, sensation telle, que l'on croit toucher un corps pâteux ; mais ce caractère n'existe pas, à beaucoup près, dans tous les cas.

A l'extérieur, l'intestin paraît, dans le plus grand nombre des cas, fortement coloré ; il l'est surtout vers l'iléon, et nous verrons tout à l'heure que cette coloration tient à l'injection plus ou moins abondante de ses parois.

Dans son intérieur, il renferme un liquide qui est, comme celui de l'estomac, composé de deux parties distinctes, et qui, dans le plus grand nombre des cas, n'est pas, à beaucoup près, le même, suivant qu'on l'examine à la partie supérieure, moyenne ou inférieure de l'intestin. Dans la partie supérieure, le liquide, considéré d'une manière générale, est fréquemment gris, jaune, jaune verdâtre ou blanc ; quelquefois il est rosé, parfois un peu rouge, presque jamais livide. Dans la deuxième partie, il devient fréquemment livide, prend une teinte lilas, parfois même il a une couleur bleuâtre ; et enfin, dans la troisième partie, il est encore plus fréquemment livide, ou de couleur lilas ; on l'a vu prendre une couleur chocolat, ce qui a été noté dans une des observations que j'ai sous les yeux.

La densité du liquide n'est pas non plus la même, suivant qu'on l'examine dans les trois parties qui viennent d'être indiquées. C'est ainsi que, dans la première partie, il est ordinairement épais, d'apparence laiteuse, et que, même quand il a un assez grand degré de fluidité, il n'est jamais coulant comme de l'eau. Dans la deuxième partie, au contraire, tout en conservant son aspect trouble et les colorations qui ont été signalées plus haut, la matière devient beaucoup plus liquide, et déjà, dans quelques cas, on l'a trouvée coulante comme de l'eau. Enfin, dans les dernières parties de l'intestin, cette matière est remarquable, dans la majorité des cas, par sa fluidité, et quelquefois même elle prend une transparence qu'elle n'avait pas dans la première partie.

La matière muqueuse participe aux diverses colorations du liquide. Parfois la couleur bleuâtre qu'elle présente est très remarquable; parfois aussi elle a une teinte lilas, rosée ou rouge, qui lui donne un aspect particulier. Comme le liquide dans lequel il est contenu, le mucus perd également, du moins dans la plupart des cas, sa densité, à mesure qu'on approche de la fin de l'intestin grêle : c'est ainsi qu'on l'a vu devenir coulant comme du petit-lait. Outre celui que l'on rencontre à l'état libre dans le liquide intestinal, il n'est pas rare d'en trouver une couche plus ou moins adhérente à la surface de la muqueuse; c'est ce qui avait lieu, en effet, chez plus de la moitié des sujets chez lesquels on l'a recherché. Chez un, il y avait cela de remarquable qu'un grand nombre de filets muqueux étaient rassemblés en masse et ressemblaient à un paquet de mousse.

Des parcelles muqueuses plus ou moins abondantes et tenues en suspension dans le liquide intestinal participent le plus souvent aux diverses colorations indiquées plus haut. Elles sont ordinairement semblables à du riz bien cuit et écrasé. C'est cette même matière dont nous avons signalé l'existence dans les selles pendant la vie. Parfois aussi leur aspect est tout à fait floconneux. Dans un cas, le mucus formait à la surface de l'intestin une espèce de pseudo-membrane ; et dans un autre, il se détachait en filaments qui flottaient dans l'eau et avaient l'aspect d'un *chevelu*.

Enfin, dans quelques cas, on a trouvé des particularités remarquables. Ainsi chez un sujet le liquide épais et blanc était tellement mêlé de bulles d'air, qu'il ressemblait à des œufs à la neige; mais les particularités de cette espèce n'ont pas une très grande importance. Quelquefois aussi on a constaté la présence de vers lombrics.

Dans un bon nombre de cas, la paroi interne de l'intestin a, dans les diverses parties, une coloration correspondante à celle des liquides contenus dans cet organe. Aussi est-ce dans la dernière partie qu'elle est le plus souvent livide, rouge, rosée, noirâtre. Parfois cependant on observe une coloration uniforme dans toute l'étendue de l'intestin, bien que la couleur du liquide change. C'est ainsi que chez deux sujets il y avait une couleur bleuâtre partout, et que chez d'autres la face interne était pâle ou blanche dans les trois parties indiquées plus haut. La coloration noire ne s'est montrée qu'une fois sur trente-cinq cas, et à la partie inférieure de l'intestin seulement. Quant à la couleur rouge uniforme, elle n'a pas été plus fréquente.

Presque tous les auteurs ont regardé ces diverses colorations comme appartenant à la muqueuse elle-même ; mais c'est là le résultat d'un examen peu attentif. Dans les cas que j'ai sous les yeux, il est hors de toute contestation que la coloration était due à l'injection du tissu sous-muqueux, et à un certain degré d'imbibition occasionnée par le sang qui avait transsudé. Si, en effet, on examinait le tissu sous-muqueux, on y trouvait une injection parfois uniforme, mais en général d'autant plus considérable qu'on se rapprochait davantage du cœcum. Cette injection, qui présentait, pour la couleur, les principales nuances indiquées plus haut, c'est-à-dire le rose livide, le livide, le noirâtre, était portée quelquefois au point qu'il y avait une véritable infiltration, d'où résultaient des ecchymoses manifestes et parfois un commencement de destruction du tissu sous-muqueux.

D'ailleurs la membrane muqueuse se présente presque toujours avec sa consistance normale. Deux fois seulement sur trente-cinq, je la trouve un peu ramollie

dans une petite étendue. Parfois aussi elle présente un certain degré d'épaississement. Cet épaississement se montre en général en rapport avec la dilatation de l'intestin par les liquides ; c'est ce qui a eu lieu, en effet, huit fois sur onze cas dans lesquels cette altération a été bien constatée, et dans ces cas l'épaississement correspondait précisément aux points les plus dilatés. Est-ce à cette dilatation qu'il faut attribuer l'épaississement de la muqueuse ? La courte durée de la maladie pourra faire penser, au premier abord, que la chose n'est pas possible ; mais l'expérience a prouvé qu'il faut très peu de temps pour que les organes creux, distendus, soit par des liquides, soit par des gaz, présentent un épaississement plus ou moins marqué de leurs parois. On doit plutôt croire que dans les cas où l'on n'a pas trouvé de coïncidence entre l'épaississement et la dilatation, l'intestin s'étant vidé vers la fin de la maladie, il est resté un peu d'hypertrophie de la muqueuse qui n'a pas eu le temps de se dissiper.

On a beaucoup parlé des follicules isolés qui se montrent fréquemment dans cette affection ; mais j'attendrai pour les mentionner d'avoir décrit le gros intestin où on les rencontre également.

Enfin on a noté l'existence d'ulcérations dont on a quelquefois constaté l'existence. Ces ulcérations n'ont pas d'importance réelle. Dans deux cas dont j'ai les observations sous les yeux, elles se sont montrées en dehors des plaques de Peyer, et sans caractères particuliers. Chez un sujet, la présence des tubercules dans les poumons a été bien constatée et a rendu compte de cette altération ; et chez l'autre l'état des poumons n'a malheureusement pas été mentionné.

Les plaques de Peyer n'ont, dans aucun cas, présenté de véritable altération. Tranchant ordinairement, par leur couleur blanche ou grisâtre, sur le fond coloré de l'intestin, elles conservent leur consistance, et bien rarement elles présentent une très légère saillie qui est sans importance.

Comme l'intestin grêle, le gros intestin présente des différences, suivant qu'on l'examine dans sa première, sa seconde ou sa troisième partie. Plus souvent augmenté de volume que le petit intestin, il contient aussi un peu plus souvent des gaz accumulés. Ces gaz s'y montrent surtout lorsqu'un commencement de réaction a eu lieu, et M. Magendie a trouvé dans leur présence un signe démontrant que la maladie tendait à s'améliorer. Le volume du gros intestin peut être doublé et même triplé. C'est surtout quand il y a eu du météorisme pendant la vie, et qu'il existe des gaz accumulés après la mort qu'on observe cette dernière augmentation de volume.

Le liquide contenu dans le gros intestin est ordinairement un peu plus épais que celui de l'intestin grêle ; dans un cas cependant le contraire a eu lieu. Le plus souvent coulant presque comme de l'eau, il reste à peu près tel dans toute l'étendue de l'organe. Il est ordinairement trouble, parfois louche, laiteux, grisâtre, et ces colorations se rencontrent principalement dans le premier tiers. Dans le second tiers, il devient, dans un bon nombre de cas, lilas, rosé, livide, lie de vin, parfois verdâtre, et même de couleur chocolat, et enfin, vers le rectum, ces dernières colorations sont plus fréquentes encore. Il ne faut pas croire néanmoins que ces divisions soient rigoureuses, c'est l'aspect général du liquide seulement que j'ai voulu indiquer ; car tantôt on voit la coloration lie de vin, lilas, etc., se montrer partout, tantôt certaines parties seulement présentent les nuances que je viens d'indiquer.

La matière muqueuse décrite à propos de l'intestin grêle se montre moins fréquemment dans le gros intestin. Cependant on trouve assez souvent encore des flocons muqueux, des parcelles semblables à du riz écrasé nageant dans le liquide. Chez un sujet même, il y avait une petite quantité de matière épaisse, d'aspect purulent, qui était très remarquable, car on ne trouvait à ce niveau aucun signe d'inflammation de la muqueuse.

Celle-ci, plus souvent ramollie que celle de l'intestin grêle, l'était surtout dans le premier et dans le second tiers de l'intestin. Tantôt généralement rosée, livide, grise, d'un blanc grisâtre, lilas, violacée, etc., elle était surtout remarquable par les taches qui s'y montraient fréquemment, et qui étaient rouges, violacées, bleuâtres, ressemblant à des ecchymoses, ou d'autres fois comme panachées et ayant l'aspect d'une arborisation assez riche. Dans un cas, ces taches étaient vertes, et dans un autre elles étaient brunâtres. A leur niveau, la muqueuse était fortement ramollie, et il y avait une odeur gangréneuse fortement prononcée. Des altérations du même genre ont été signalées par quelques auteurs.

C'est surtout dans le gros intestin qu'on peut voir facilement que la coloration est due à l'état du tissu sous-muqueux, et non à la muqueuse elle-même. Dans les cas, en effet, où l'on trouve une teinte rouge ou livide générale, il existe aussi une injection générale du tissu sous-muqueux. Dans le tissu sous-muqueux, au contraire, où il y a des taches semblables à des ecchymoses, on trouve des plaques d'infiltration sanguine correspondantes, et l'existence d'une véritable ecchymose sous-muqueuse se trouve par là constatée. Dans quelques cas, le tissu sous-muqueux est tellement infiltré, qu'il a perdu sa cohésion, et que la membrane muqueuse se détache avec plus de facilité.

J'ai dit plus haut que je parlerais des glandes de Brunner après avoir fait la description du gros intestin. C'est dans l'intestin grêle qu'on les trouve principalement, et la première remarque à faire, c'est que, dans les observations dont je donne l'analyse, jamais les glandes de Brunner ne se sont montrées dans le gros intestin sans qu'il y en eût un nombre plus ou moins considérable dans le petit. Dans quelques cas, ces follicules sont extrêmement abondants et presque confluents dans toute l'étendue des deux intestins. Dans les autres, au contraire, ils se montrent en plus ou moins grande abondance, suivant qu'on examine telle ou telle partie. En général, plus nombreux et plus gros vers la fin de l'iléon et dans le cæcum, ils diminuent de grosseur et de nombre à mesure qu'on s'éloigne de ces deux points. Leur volume varie généralement entre celui d'un grain de semoule et d'un grain de millet : parfois cependant on les trouve plus gros. C'est ainsi que, dans quelques cas rares, ils ont jusqu'à une ligne et une ligne et demie de diamètre.

Suivant M. Dalmas, ces follicules, ainsi développés, ne se montreraient que deux fois sur cinq. Dans les observations que j'ai sous les yeux, leur présence a été notée bien plus souvent, puisqu'elle a été constatée vingt-neuf fois sur trente-quatre cas où on les a recherchés. Mais leur absence dans cinq cas n'en est pas moins une raison suffisante pour qu'on ne regarde pas, avec MM. Nonat, Serres et Cazalis (1), cette éruption comme une lésion essentielle du choléra. La présence de ces follicules n'a été constatée que dix fois dans le gros intestin.

(1) *Moniteur des hôpitaux*, mars et avril 1853.

L'œsophage ne présente guère autre chose de notable que le développement, dans un petit nombre de cas, de quelques follicules muqueux, qui sont en général du volume d'une tête d'épingle, et qui se montrent principalement à la partie inférieure de ce conduit. Dans un cas, cependant, toute l'étendue de la muqueuse œsophagienne présentait un degré de ramollissement marqué.

Les glandes mésentériques n'ont rien offert de bien remarquable. Un peu volumineuses dans un petit nombre de cas, ayant parfois une couleur qui variait du rose au livide ou au bleuâtre, elles se sont d'ailleurs toujours montrées avec leur consistance ordinaire, et n'ont jamais été le siége de véritables altérations de structure.

Le foie n'a rien non plus de digne de remarque. Offrant un certain degré de congestion dans un peu plus de la moitié des cas, rarement un peu ramolli, il était d'ailleurs sain sous tous les autres rapports. Quant à la vésicule biliaire, elle contient ordinairement un liquide assez abondant, médiocrement épais, d'une couleur qui varie du jaune trouble au vert foncé, et qui a tous les caractères de la bile. Dans un cas, cependant, on trouva dans la vésicule une matière glaireuse semblable au mucus intestinal dont il a déjà été question, matière dont la présence doit être mentionnée ; elle a été également signalée par quelques auteurs, notamment par M. Bouillaud, qui a vu dans ces mucosités, existant dans un grand nombre d'organes chez les cholériques, quelque chose de spécifique. Quant à la muqueuse de la vésicule, sauf un certain degré de lividité, elle n'a rien présenté de remarquable.

Dans la rate et le pancréas il n'existait pas de lésions plus dignes de remarque. Parfois un peu de congestion, surtout dans la rate, et un certain degré de ramollissement, telles sont les seules altérations légères que nous ayons à constater.

J'en dirai autant des reins, qui ont toujours conservé leur consistance naturelle et qui n'ont présenté qu'un certain degré d'injection. Cependant, dans quelques cas, on a trouvé dans les calices et les bassinets cette matière muqueuse dont nous avons déjà signalé l'existence dans l'estomac et dans les intestins.

Mais la vessie présente des altérations très importantes. Ordinairement très rétractée, elle n'a guère son volume ordinaire que dans les cas où les sujets sont morts pendant la période de réaction. Dans les autres, son volume ne dépasse pas ordinairement celui d'une poire moyenne, et l'on trouve dans son intérieur, au lieu d'urine, une matière épaisse, blanchâtre, louche, d'apparence huileuse ou crémeuse, ressemblant parfois à un sirop d'orgeat, matière qui n'est évidemment autre chose que du mucus plus ou moins altéré. Dans les cas, au contraire, où la vessie a conservé son volume ordinaire, on y trouve une plus ou moins grande quantité d'urine qui ne présente rien de remarquable. Quant aux parois de cet organe, dans aucun cas on ne les a trouvées véritablement altérées.

On a beaucoup insisté sur les altérations du sang dans le choléra. Tout le monde a décrit l'état de ce liquide, qui, dans tout le système veineux, où il est abondant, le fait ressembler à de la gelée de groseille trop cuite ou à du raisiné ; et quelques auteurs, Dalmas entre autres, ont principalement insisté sur l'état de vacuité dans lequel se trouve le système artériel. Cette dernière assertion, ainsi que l'a fait remarquer M. Gendrin, n'est pas exacte. On trouve toujours, en effet, dans le ventricule gauche du cœur, dans l'aorte et dans les grandes artères, une quantité

de sang, peu considérable, il est vrai, mais encore notable. Quoi qu'il en soit, c'est surtout à l'état de plénitude du système veineux qu'on doit les congestions que nous avons vues donner à l'intestin des colorations si remarquables, et que nous retrouverons dans d'autres organes, notamment dans les centres nerveux. Dans quelques points des voies circulatoires qu'on l'examine, le sang se présente avec les mêmes caractères; il est toujours noir, liquide, présentant seulement une plus ou moins grande quantité de petits caillots noirs et mous. Dans un bon nombre de cas cependant (quatorze sur trente-cinq), on trouve quelques caillots fibrineux, mais ordinairement peu considérables, peu consistants et nullement comparables avec ceux qui existent dans les phlegmasies avec violent mouvement fébrile. Ces caillots s'observent le plus souvent dans les deux ventricules à la fois, et se prolongent d'une part dans l'aorte et de l'autre dans l'artère pulmonaire. M. Rayer a constaté que le sang des cholériques, exposé à l'air, s'oxygénait plus difficilement que celui des autres malades, ce qui tiendrait à l'absence des substances salines qui favorisent, comme on sait, l'oxygénation. Des observations microscopiques ont été faites sur ce liquide. M. Hermann a cru voir les globules déchirés à leur surface. M. Donné, tout en leur trouvant le même aspect que dans l'état sain, leur a reconnu un degré de viscosité plus marqué qui les empêche de glisser avec facilité dans le liquide où ils nagent. Enfin M. Capitaine leur a trouvé tous les caractères de l'état normal. Je n'insisterai donc pas sur ce point. Quant à la composition chimique de ce liquide, qui a beaucoup occupé les médecins et les chimistes, il suffit de dire que la diminution de l'albumine, de la fibrine, des parties constituantes du sérum, et l'augmentation notable de la matière colorante, sont les principaux caractères qu'il a présentés (1).

L'état du cœur n'a rien offert qu'on puisse rapporter au choléra; ses lésions étaient toutes dues à des maladies antérieures. Le péricarde a été trouvé également sain, et contenant assez souvent (huit fois) une quantité de sérosité qui variait de quelques gouttes à 60 grammes. Une seule fois sa surface présentait une légère viscosité, phénomène dont il va être question à propos des plèvres.

On a voulu voir dans l'état des poumons quelque chose de propre au choléra. Le docteur J. Brown dit avoir vu ces organes toujours remplis de sang noir, hépatisés ou splénisés. D'autres médecins, au contraire, ont avancé que les poumons, d'un rouge vif remarquable, mollasses, peu crépitants, ne présentent qu'une très médiocre quantité de sang. Ces assertions sont inexactes ou du moins exagérées. Dans les trente-cinq cas que j'examine, un engouement vers les parties déclives s'est montré seize fois; une véritable hépatisation, caractérisée par la densité, la lourdeur, la coupe grenue de la partie affectée, a existé huit fois, et une splénisation deux fois. Quant à l'aspect rouge vif et aux autres caractères que j'ai indiqués, ils ne se sont montrés que dans cinq cas, dans deux desquels ils n'existaient que dans un point limité des poumons, les autres étant plus ou moins engoués, hépatisés ou splénisés.

Les plèvres, ordinairement humides et sans sérosité accumulée, offrent parfois une viscosité remarquable. Si l'on applique le doigt à leur surface, on enlève, en le retirant, une substance filante comme la glu. Quelques auteurs ont avancé, à tort,

(1) Voy. toutefois, à ce sujet, les observations de M. Andral, citées plus haut.

que cet état des grandes surfaces séreuses (on le rencontre aussi parfois dans le péritoine) ne manque jamais ou presque jamais dans le choléra.

Le larynx n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est dans un cas où l'épiglotte était comme racornie, et dans un autre où cinq ou six taches blanchâtres occupaient cet opercule.

La trachée offrait chez le même sujet des taches semblables, et de plus, chez un petit nombre d'autres, la muqueuse était un peu violacée. M. Bouillaud a trouvé dans les bronches, chez un sujet, une petite quantité de matière muqueuse semblable à celle que nous avons signalée déjà dans plusieurs autres organes.

L'encéphale a été examiné avec un très grand soin dans tous les cas dont je donne l'analyse. Chez plus de la moitié des sujets, on trouve à la surface de la dure-mère une assez grande abondance de sang qui indique une injection considérable des vaisseaux déchirés dans l'ablation du crâne. Chez presque tous les autres, on trouve également du sang, mais en médiocre quantité, quoiqu'il soit plus abondant que dans l'état normal.

Rarement on rencontre dans la grande cavité de l'arachnoïde une quantité notable de sérosité; c'est cependant ce qui a eu lieu dans deux cas. Mais, au contraire, il est très rare de ne pas trouver une infiltration sous-arachnoïdienne très considérable, et particulièrement abondante le long des sinus longitudinaux. Dans quatre cas seulement, cette infiltration a manqué.

Presque toujours les ventricules cérébraux contiennent de la sérosité, ordinairement claire, parfois légèrement louche, et dont la quantité varie entre une demi-cuillerée à café, et 60 grammes au plus.

La pie-mère est, dans un bon nombre de cas, remarquable par l'injection de ses vaisseaux.

La substance cérébrale elle-même ne présentait guère autre chose de remarquable que les diverses altérations de coloration de ces différentes parties ; c'est ainsi que la substance grise a été généralement trouvée livide, de couleur lilas, d'un gris plus foncé qu'à l'état normal, et, dans deux cas, rose ou rougeâtre. Les corps striés présentaient ces mêmes nuances de coloration, et dans une proportion égale de cas. Ce qu'il importe surtout de constater, c'est que, presque toujours, cette coloration était uniforme et occupait toute l'étendue de cette substance grise, ce qui ôte entièrement l'idée de l'inflammation. Quant à la substance blanche, ce qu'elle présentait de remarquable, c'étaient des marbrures lilas, irrégulièrement distribuées, et parfois un pointillé rouge assez abondant. La protubérance, ainsi que diverses parties du cervelet, offrait également, dans quelques cas, un certain degré de lividité. Du reste, tous ces organes avaient, dans l'immense majorité des cas, leur apparence normale sous tous les autres rapports. Il était évident que ces colorations diverses n'étaient dues à autre chose qu'à une injection veineuse plus ou moins abondante. Quant à la moelle épinière, dans les cas où elle a été examinée, on l'a trouvée entièrement saine. M. Baron, cité par M. Rochoux, dit avoir trouvé, chez les enfants, la moelle plus ferme que dans l'état normal ; mais ce fait n'a été vérifié par aucun des auteurs qui ont fait des recherches sur ce point, et M. Rufz, en particulier, n'a rien vu de semblable.

On a cru trouver, et c'est Delpech qui a défendu particulièrement cette opinion, la cause du choléra dans une lésion du ganglion semi-lunaire; mais ce ganglion,

examiné avec soin dans tous les cas, s'est toujours montré avec sa grosseur, sa forme, sa consistance ordinaires, et tout ce qu'on y a remarqué, c'est chez un grand nombre de sujets, une couleur livide ou rosée, soit générale, soit disposée par stries plus ou moins nombreuses. Le nerf pneumo-gastrique et les ganglions cervicaux n'ont pas présenté d'altération plus importante; c'est encore là, comme on le voit, le simple résultat de l'injection.

Enfin l'habitude extérieure et les muscles méritent une mention. L'amaigrissement des malades n'a pas été, dans la plus grande majorité des cas, aussi considérable qu'on l'a dit. La roideur cadavérique était, en général, très considérable, et se prolongeait assez longtemps après la mort, puisqu'on l'a trouvée telle vingt-cinq heures après. Dans des autopsies faites sept heures après la mort, elle était déjà extrême. Des lividités qui se montraient principalement sur les cuisses et sur la face ne présentaient rien de bien remarquable. Ce qui l'était beaucoup plus, dans certains cas où l'autopsie a pu être faite peu d'heures après la mort, c'était le retour d'un certain degré de chaleur; de telle sorte que sept, huit ou dix heures après avoir succombé, des sujets présentaient à la face et aux mains une chaleur notablement plus élevée qu'à l'heure de la mort. Ce fait a été constaté un assez grand nombre de fois par les divers médecins qui ont fait des recherches sur le choléra.

Quant aux muscles, on a dit que dans le choléra ils étaient poisseux, noirs, faciles à déchirer. Dans les observations que j'ai sous les yeux, et dans lesquelles les muscles ont été toujours examinés avec soin, on n'a rien trouvé de semblable. Il est plus que probable qu'on a pris pour la règle ce qui n'était que l'exception.

M. le docteur Barlow, médecin de l'hôpital de Westminster (1), a vu sur un grand nombre de sujets qui ont succombé au choléra, des contractions ordinairement fibrillaires des muscles survenir un certain temps après la mort. Quelquefois les muscles tout entiers se contractent, et, dans un petit nombre de cas, il y a des mouvements assez étendus des membres et de la face. Déjà le docteur Elliotson avait cité des faits semblables, qui n'étaient pas inconnus à quelques médecins qui ont observé le choléra dans l'Inde, et MM. Briquet et Mignot ont constaté l'exactitude de ces observations sur plusieurs cadavres.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les altérations que nous venons de passer en revue, nous voyons que les plus importantes sont sans contredit : 1° cette injection générale des veines qui donne lieu aux diverses colorations observées dans presque tous les organes; 2° le liquide particulier trouvé dans les intestins; 3° le mucus, altéré ou non, qu'on rencontrait dans les diverses cavités tapissées par une muqueuse : mucus sur lequel M. Bouillaud a particulièrement insisté; et 4° le développement des follicules de Brunner, qui n'a cependant pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner. Voilà tout ce qu'on trouve pour expliquer les symptômes si violents du choléra épidémique. Peut-on, avec de pareilles lésions, arriver à la connaissance de la nature de la maladie? Évidemment non; et c'est pourquoi je laisserai de côté toutes les hypothèses qu'on a émises à ce sujet.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic d'une semblable affection ne peut évidemment pas présenter de sé-

(1) Voy. *Union médicale*, 15 novembre 1849.

rieuses difficultés. Pourrait-on croire, par exemple, à l'existence d'une simple gastro-entérite? Mais les symptômes légers de cette affection diffèrent tellement de ceux du choléra, qu'il est inutile de s'arrêter à une semblable question : on ne saurait admettre, avec M. Bouillaud, que l'erreur soit possible. J'en dirai autant de la péritonite, de l'étranglement interne, qui n'ont de commun avec le choléra que les vomissements. Quant à l'asphyxie, nous avons vu que les symptômes qu'on pourrait attribuer à cette cause n'arrivent qu'à la fin de la période cyanique, c'est-à-dire lorsque les vomissements et les selles cholériques ont levé tous les doutes sur la nature de la maladie. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point; restent donc le choléra-morbus sporadique et les empoisonnements.

Le choléra indien se distingue du *choléra sporadique* aux signes suivants : Dans le premier, les vomissements deviennent presque immédiatement caractéristiques; c'est-à-dire qu'ils sont composés du liquide que nous avons décrit plus haut. Des selles de même nature ne tardent pas à se montrer; puis survient la coloration bleue qui rend l'erreur impossible. Nous avons vu dans la description du choléra sporadique que les vomissements étaient d'abord composés de matières alimentaires, puis âcres et bilieuses, que les selles présentaient les mêmes caractères, et que la face devenait pâle ou verdâtre, mais non bleue, comme dans le choléra indien. Les autres symptômes sont communs aux deux maladies; mais dans le choléra asiatique ils sont en général bien plus violents. Les crampes, en particulier, sont plus fortes et plus persistantes, et la suppression d'urine plus complète.

Quant aux *empoisonnements*, on sait que, dans presque tous les pays, on a cru d'abord que la maladie était causée par l'ingestion d'agents toxiques; mais partout cette croyance, née de l'ignorance et de la peur, a été bientôt abandonnée. Dans les empoisonnements violents, les vomissements et les selles n'ont jamais l'aspect caractéristique de ceux du choléra : c'est la douleur gastro-intestinale qui prédomine; elle est ordinairement assez vive, tandis que dans le choléra indien nous avons vu les malades se plaindre presque exclusivement des crampes. Enfin la coloration bleuâtre lève tous les doutes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du choléra-morbus épidémique et du choléra-morbus sporadique.*

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	CHOLÉRA SPORADIQUE.
Vomissements composés d'un liquide trouble floconneux.	*Vomissements* d'abord alimentaires, puis bilieux.
Selles semblables à une *forte décoction de riz* avec des fragments ressemblant à du riz écrasé en suspension.	*Selles* présentant les mêmes caractères.
Couleur bleue de la peau.	*Pâleur* ou *couleur jaune verdâtre* de la face.
Les autres *symptômes* plus violents et plus persistants.	Les autres *symptômes* généralement moins violents.

2° *Signes distinctifs du choléra-morbus épidémique et des empoisonnements violents.*

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	EMPOISONNEMENTS.
Vomissements et selles caractéristiques.	*Vomissements* alimentaires bilieux et *selles* bilieuses ou âcres.
Douleur principalement causée par *les crampes.*	*Douleur* causée principalement par l'*inflammation gastro-intestinale.*
Cyanose.	Pas de *cyanose.*

Pronostic. Il est facile, d'après ce qui a été dit plus haut, d'établir le pronostic de cette maladie. Il est inutile de dire que c'est une des affections les plus graves; même dans les cas qui s'annoncent d'abord par des symptômes peu violents, on doit redouter une terminaison funeste. C'est au commencement des épidémies et des recrudescences que cette terminaison est généralement le plus à craindre. Il ne faut pas toutefois accorder à cette règle une trop grande valeur. L'épidémie de 1849 est venue, sous ce rapport, confondre toutes les prévisions de la science. De ce que la maladie a été bénigne d'abord, et que cette bénignité s'est prolongée longtemps, beaucoup de médecins, imbus de cette opinion que la plus grande violence d'une épidémie a lieu à son début, ont cru pouvoir déduire que celle de 1849 ne serait pas grave. L'événement a prouvé combien ce pronostic était erroné, et a donné un cruel démenti à une des lois les plus généralement admises en pathologie.

La gravité de la maladie est grande surtout dans le cours de la période algide; et si, dans cette période, le pouls devient insensible, si les selles sont involontaires, s'il y a un assoupissement profond avec immobilité complète, si la peau n'est plus sensible aux pincements, on doit s'attendre à une mort prochaine. Dans la période de réaction, qui se termine le plus souvent par la guérison, l'extrême violence des symptômes annonce seule une grande gravité de la maladie. Telle était, du moins, la conclusion qu'on pouvait tirer de ce qui s'était passé dans la première épidémie. Mais la seconde a prouvé qu'il fallait modifier un peu ces propositions; car la proportion de la mortalité, dans cette période de réaction, a été bien plus considérable qu'en 1832. Ainsi, ne nous hâtons jamais d'établir des lois quand il s'agit d'épidémies.

Quant à la gravité de la maladie suivant l'âge du sujet, M. le docteur Duchesne (1) nous a fourni sur ce point des renseignements intéressants. Voici les faits qu'il a relevés :

Sur 154 décès parmi des enfants..................	de 0 à 15 ans.
— 115 ont eu lieu..........................	de 0 à 5 ans.
dont 83	de 1 à 5 ans.

Autrement dit, la première enfance (1 à 5 ans) a compté 148 décès sur 1000 individus; la seconde (5 à 15 ans), n'en a compté que 50 sur 1000; mais à partir de 15 ans, le chiffre de la mortalité s'élève graduellement.

de 15 à 30 ans M. Duchesne a noté..........	177 morts	sur 1000
de 30 à 45..............................	253 —	sur 1000
de 45 à 60..............................	208 —	sur 1000
de 60 à 85 il n'y a plus que...............	162 —	sur 1000

(1) *Histoire statistique du choléra-morbus* dans le XIe arrondissement, épidémie de 1849. Paris, 1851.

De sorte que, d'après ces faits, ce serait dans l'âge adulte qu'en définitive se trouverait la plus grande gravité de cette affection.

§ VII. — Traitement.

Le premier embarras qu'on éprouve quand on cherche à exposer le traitement du choléra-morbus épidémique, est de faire un choix au milieu des innombrables médications qui ont été préconisées par les divers auteurs. Chacun, espérant trouver les moyens qui convenaient le mieux dans cette redoutable maladie, a eu recours à quelque substance particulière, et il en est résulté une très grande confusion. Ce qu'il serait, en effet, important de savoir, c'est si un mode de traitement a une supériorité réelle sur tous les autres. Or, dans leur jugement, les auteurs ont presque toujours négligé de comparer les résultats de leur médication avec ceux des médications différentes, et d'un autre côté, la nature de leurs recherches ne nous présentant le plus souvent que des groupes de faits isolés, cette comparaison est très difficile et le plus souvent même impossible. Le médecin qui veut se faire une idée de la valeur de tel ou tel traitement, se trouve par conséquent arrêté à chaque pas par le doute. Dans des épidémies aussi violentes que celles qui ont sévi sur l'Europe, il eût été difficile sans doute d'instituer une série d'expériences bien entendues qui auraient pu conduire à un résultat positif; mais la chose n'eût pas été impossible. Si, au lieu d'agir chacun de leur côté, les médecins eussent consenti à mettre en œuvre un certain nombre de médications toujours les mêmes, on ne serait probablement pas aujourd'hui dans une aussi grande incertitude, et les relevés d'un grand nombre de faits fourniraient matière à des conclusions bien plus rigoureuses que celles que nous pouvons poser dans l'état actuel de la science.

On ne s'attend pas certainement à ce que je cherche à reproduire toutes les médications mises en usage. Exposer les principales et me borner à mentionner un certain nombre de celles qui ont été simplement préconisées par des auteurs isolés, telle est la tâche que je dois m'imposer ici.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE ALGIDE.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ont été recommandées par un grand nombre d'auteurs et dans toutes les périodes du choléra. Parfois on a mis en usage la *saignée générale*. Parmi ceux qui l'ont le plus vantée, nous trouvons Blumenthal (1), MM. Cafarelli, Fallot (2), Récamier, Kerckhove (3), et principalement Broussais, qui cependant avait bien plus souvent encore recours à l'application des sangsues. Quelle est l'efficacité réelle de ce moyen ? C'est ce qu'il est très difficile de dire. Cependant, d'après les faits connus, on peut assurer que, dans la période algide, il n'a pas de résultats heureux bien constatés. Dans la période de réaction, au contraire, on l'a vu enlever avec promptitude la céphalalgie, ramener le calme, produire, en un mot, une amélioration notable. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sangsues*, qui cependant ont été, comme je viens de le dire, bien plus vivement préconisées. Déjà M. Gravier (4) avait dit avoir obtenu

(1) *Rust Mag.*, 1831.
(2) *Gaz. méd.*, août et octobre 1831.
(3) *Cons. sur la nat. et le trait. du chol.* Anvers, 1833.
(4) *Ann. de la méd. phys.*, 1827.

de très bons résultats de leur application, lorsque ce moyen fut conseillé vivement, dans l'épidémie de 1832, par Broussais, Honoré, MM. Bouillaud, Gendrin, etc. C'est surtout pour faire cesser les douleurs vives à la région épigastrique qu'on les a mises en usage, et quelquefois, en effet, on y a réussi; mais on n'a pas vu ce moyen arrêter réellement la marche de la maladie, au moins dans la période algide. Dans la période de réaction, au contraire, l'amélioration a été la même que celle qui a suivi l'emploi de la saignée. Les ventouses scarifiées, qui n'ont pas été ordinairement employées en France dans cette maladie, auraient sans doute le même résultat.

1° Médication interne.

Excitants internes. Parmi les excitants donnés à l'intérieur, nous trouvons d'abord les *alcooliques*. C'est surtout M. Magendie qui, en France, a préconisé, dans les premiers temps de l'épidémie de 1832, les spiritueux. Mais un grand nombre d'autres médecins les ont également employés. Dans la période algide, M. Magendie prescrivait d'abord plusieurs verres de *punch à l'alcool*, à une température aussi élevée que le malade pouvait le supporter; puis dans la journée, il administrait par cuillerées, et à des intervalles assez rapprochés, du *vin chaud* avec quelques aromates, du vin de Malaga, etc. Plus tard, ce médecin a remplacé les alcooliques par d'autres excitants dont il sera fait mention plus loin. Le vin de Malaga, et d'autres vins de ce genre, ont été surtout prescrits par les autres praticiens.

Les *préparations ammoniacales* sont ensuite, parmi les excitants internes, particulièrement recommandées; elles font partie d'un grand nombre de potions regardées comme propres à combattre la période algide. Celle qui était prescrite par M. Magendie était ainsi formulée :

℞ Infusion de camomille....	2 kilogr.	Sucre	500 gram.
Acétate d'ammoniaque....	60 gram.		

M. Andral faisait entrer l'acétate d'ammoniaque dans la potion suivante :

℞ Potion gommeuse.....	120 gram.	Éther sulfurique.........	20 gouttes.
Acétate d'ammoniaque.	4 gram.	Camphre.................	1 gram.
Sulfate de quinine.....	0,75 gram.		

Le *carbonate d'ammoniaque* a été également mis en usage. Baum recommande de le donner à la dose de 0,25 à 0,40 gramm. toutes les deux heures. Le docteur Eisenmann avait adopté ce traitement (1).

L'*ammoniaque caustique* et la *liqueur d'ammoniaque anisée* dont voici la composition :

Alcool ammoniacal........	90 gram.	Huile essentielle d'anis.....	6 gram.

ont été également administrées. Le docteur Steffen (2) recommandait de donner l'ammoniaque à la dose de 15 à 20 gouttes dans une décoction de gruau; et, quant à la potion ammoniacale anisée, voici quelle était la formule du docteur Strohmeyer, qui l'a principalement préconisée :

(1) *Berliner Chol. Zeit.*, 1832.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1831.

℞ Liqueur ammoniacale anisée..............	āā parties égales.
Teinture de valériane éthérée..............	
Huile de menthe poivrée..................	

Dose : vingt gouttes toutes les heures.

Suivant M. Strohmeyer, ce remède était supporté quand on était obligé d'abandonner tous les autres, et la réaction se produisait promptement sous son influence. D'autres préparations ammoniacales ont été également prescrites : mais il serait trop long de les énumérer.

M. le docteur Jaenichen (1) a employé le chlore liquide de la manière suivante :

℞ Chlore liquide........... 60 gram. | Eau distillée............. 60 gram.

A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Cette potion était administrée pour combattre la céphalalgie et les vertiges.

Parmi les autres excitants internes qui ont été vantés par les médecins, je citerai principalement la *décoction d'arnica* recommandée par les docteurs Breitenbücher (2), Rœser et Reider (3), qui l'ont employée habituellement dans la période algide du choléra.

L'*essence de menthe* (30 à 40 gouttes dans du thé), l'*huile de naphte* (10 à 20 gouttes), ont été égalment administrées et vantées. Quelle est la valeur réelle de ces médicaments ? C'est ce que l'on ne saurait dire quand on veut des preuves suffisantes.

Le *café* a été aussi mis en usage : en un mot, on a eu recours à toutes les substances qui, promptement absorbées, pouvaient aller réveiller la circulation.

Antispasmodiques. Il est rare que l'on n'ait pas employé des antispasmodiques dans une affection où les symptômes nerveux sont si violents. Aussi la liste de ces médicaments est-elle longue et variée. Le *sous-nitrate de bismuth*, prescrit par Biett (4), par le docteur Lefèvre, qui l'administrait à la dose de 0,10 à 0,15 gramm. toutes les deux heures, et par plusieurs autres médecins, a été donné en vue d'apaiser les vomissements et les crampes.

Le *musc*, opposé principalement à ce dernier symptôme, était donné par le docteur Nissen à la dose de 0,25 à 0,50 gramm., et le docteur Ewert le prescrit à la dose de 0,05 gramm. toutes les heures.

Le *castoréum*, la *teinture de valériane*, l'*esprit de corne de cerf*, l'*oxyde de zinc*, l'*eau distillée de laurier-cerise*, etc., ont été également mis en usage; mais c'est surtout l'*éther* qui a été donné comme antispasmodique, tantôt seul, tantôt uni à d'autres médicaments; il a été administré par presque tous les médecins. On le donne à la dose de 1 à 2 ou 4 grammes par jour dans une infusion de tilleul. La potion suivante, dont la formule est empruntée au docteur Schæfer, fera connaître quelques uns de ces antispasmodiques, et la dose à laquelle on les a élevés :

℞ Teinture de castoréum....	āā 4 gram.	Esprit de corne de cerf succiné.	āā 4 gram.
Teint. de valériane éthérée.		Teinture d'opium..........	

A prendre par cuillerée à café, toutes les heures ou toutes les deux heures.

(1) Voy. Contour, *Coup d'œil sur le traitement du choléra, etc.* (*Bull. de thér.*, 15 juin 1849).
(2) *Allg. med. Zeit.*, 1832.
(3) *Græfe und Walther's Journ.*
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1832.

Il n'est pas jusqu'à l'*acide prussique* qui n'ait été mis en usage, et le docteur Anderson (1) le prescrit particulièrement.

M. Fauvel a envoyé à l'Académie de médecine (2) une plante qui a une très grande réputation en Orient : c'est le *stachys anatolica* (*teucrium polium*, L.), qui croît principalement sur le mont Olympe. Cette plante est prise en infusion théiforme. Elle a été employée à la Salpêtrière, et le résultat a été que cette substance n'a pas d'autre vertu que les plantes excitantes et que le thé en particulier.

Narcotiques. Il est peu de médications dans lesquelles on n'ait pas fait un plus ou moins grand usage des narcotiques, et principalement des opiacés. L'*opium*, déjà employé dans l'Inde avant que l'épidémie eût éclaté en Europe, a été prescrit sous différentes formes dans les divers pays envahis. L'*extrait d'opium*, à la dose de 10, 15, 25 centigrammes et plus chaque jour, a été administré par la bouche, mais souvent la fréquence des vomissements empêche qu'il ne soit retenu dans l'estomac. Les *lavements laudanisés* ont principalement été mis en usage. M. Louis n'hésitait pas à élever la dose du laudanum à 2 et même 4 grammes, lorsque les déjections alvines et les vomissements étaient incessants. Il faut, en général, faire prendre une quantité considérable de ce médicament, pour qu'il agisse dans une affection aussi violente : un petit lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin, avec addition de 1 gramme de laudanum, doit être donné deux ou trois fois par jour, suivant la violence des symptômes. Quelques auteurs ont pensé qu'il y avait à craindre, en employant le médicament à cette dose, que l'action bien connue des préparations opiacées sur le système nerveux, et en particulier sur l'encéphale, ne vînt se joindre aux efforts de réaction, et ne les portât à un degré tel, que les individus devraient nécessairement succomber dans cette période, devenue beaucoup trop violente. Il résulte des observations mêmes de M. Louis, que ces craintes étaient exagérées. Je vois, en effet, dans ces observations, que la réaction a manqué complétement dans la majorité des cas de guérison ; que, dans ceux où elle s'est montrée, elle n'a pas été plus violente que dans des cas où les excitants et les antispasmodiques ont été seuls administrés, et qu'enfin le nombre des morts, pendant la période de réaction, a été peu considérable.

Le conseil général de santé d'Angleterre (3) recommande la *confection d'opium*, dont voici la formule :

℞ Opium brut............. 24 gram.	Carvi.................... 90 gram.
Poivre long.............. 30 gram.	Gomme adragante......... 8 gram.
Gingembre.............. 60 gram.	

Réduisez ces substances en poudre, et incorporez-les, au moment du besoin, dans :

Sirop simple chaud.......................... 400 gram.

Dose : un gramme dans deux cuillerées à bouche d'eau de menthe ou dans un peu d'eau-de-vie, toutes les trois ou quatre heures.

Cette préparation, dans laquelle l'opium est uni à des substances excitantes, répond aux indications qu'on veut remplir.

La *jusquiame*, donnée à haute dose par le docteur Anderson (20, 40, 50 cen-

(1) *An account of chol.-morb.;* London, 1819.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 627, 662.
(3) *Instructions sur le choléra, etc.*, publiées par le conseil général de santé d'Angleterre, 1848.

tigrammes) ; la *belladone*, prescrite par le docteur Schlesinger et par M. Viardin (1) ; le *tabac*, conseillé par M. Pitschaft (2) ; l'*acétate de morphine*, etc., tels sont encore les narcotiques que l'on a recommandés, et sur lesquels il est inutile d'insister.

Les *astringents* ont aussi été mis en usage par un bon nombre de médecins. Dupuytren essaya tout d'abord l'*acétate de plomb*, qui ne produisit pas des résultats très satisfaisants. D'autres praticiens ont eu principalement recours à l'*extrait de ratanhia*. M. Rayer, en particulier, fait entrer ce médicament dans les boissons du malade aussi bien que dans les lavements. Une décoction de ratanhia pour tisane ; 4 ou 5 grammes de ratanhia dans une potion éthérée et laudanisée ; 8 ou 10 grammes dans un lavement, sont des doses qui peuvent être prescrites, et que l'on peut facilement dépasser.

Les *toniques* ont dû être conseillés dans une affection où les forces sont si abattues. Cependant, comme on a attribué naturellement cet abattement des forces au trouble du système nerveux, c'est rarement à la médication tonique qu'on a eu recours. La *décoction de quinquina*, les *lavements de quinquina*, et principalement le *sulfate de quinine*, sont les médicaments de ce genre qui ont été mis en usage. Nous avons vu plus haut que M. Andral faisait entrer cette dernière substance dans la potion que nous avons citée. Græfe et plusieurs autres auteurs ont insisté beaucoup sur son administration. C'est à la dose de 1, 2 ou 3 grammes que le sulfate de quinine doit être donné, soit par la bouche, soit par le rectum. Toutefois on devra surveiller les accidents que pourrait occasionner cette substance, surtout lorsqu'elle est donnée dans une petite quantité de véhicule.

Récamier (3) prescrit le *sulfate de quinine* dans la période de réaction à laquelle il donne le nom d'*accès fébrile*, et conseille de choisir pour l'administration de ce médicament la rémission fébrile plus ou moins complète et fugace. Aucun fait bien évident n'est venu à l'appui de cette théorie.

Vomitifs ; purgatifs. Il paraîtra sans doute étonnant qu'on ait eu l'idée d'administrer des vomitifs ou des purgatifs dans une affection où les déjections alvines et les vomissements sont si abondants, et cependant quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer les docteurs Boeckh (4), Hierlaender, Laloy (de Belleville) (5), et plusieurs autres médecins, surtout en Allemagne, ont pensé qu'il serait utile de provoquer les vomissements. M. Hierlaender (6) prescrivait ainsi le *tartre stibié* :

♃ Tartre stibié........................ 0,40 à 0,60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée................................ 240 gram.

Dose : une, deux ou trois cuillerées à bouche tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

(1) *Journ. de chimie méd.*, juillet 1832.
(2) *Hufeland's Journal*, octobre 1831.
(3) *Recherches sur la conduite à tenir, etc.* Paris, 1849.
(4) *De cura chol. ind. in Europa*, 1831.
(5) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1849.
(6) *Salzb. medic. chir. Zeit.*, 1831.

Quant aux *purgatifs*, ils ont été recommandés par M. Bonnet (1), qui administrait le *sulfate de soude* à la dose de 45 grammes ; par le docteur Henderson, qui ordonnait des doses considérables d'*huile de ricin*, et par plusieurs autres praticiens, qui ont mis en usage des purgatifs de diverses espèces. Il est impossible de se faire une juste idée, d'après les écrits des auteurs, de l'action des vomitifs et des purgatifs sur la marche de la maladie, et rien ne prouve que ces médicaments aient eu réellement le degré d'efficacité qu'on a voulu leur attribuer. Il faudrait, pour qu'on pût conseiller une médication qui paraît aussi peu appropriée aux principaux symptômes du choléra, avoir un nombre considérable de faits bien analysés qui vînt en démontrer l'efficacité.

Dans la dernière épidémie de choléra, on a beaucoup employé les *vomitifs* et les *purgatifs* au début de l'affection, et principalement pour combattre la diarrhée initiale. Les vomitifs ont surtout eu une grande vogue, et parmi eux on a eu particulièrement recours à l'*ipécacuanha*. M. le docteur Escallier (2) a exposé les avantages de cette méthode dans un mémoire fort bien fait et où il a cité un bon nombre de cas heureux. On est convaincu, après avoir lu ce travail, que le plus souvent les vomitifs ont un effet très heureux, et cependant je ne saurais les conseiller. M. Escallier n'a pas vu de cas malheureux, et pourtant il y en a eu. Pour ma part j'en connais cinq : deux que j'ai observés dans mon service à l'hôpital Sainte-Marguerite, un que j'ai vu en ville, un quatrième dont M. Sestier a été témoin, et un cinquième mentionné par M. Blatin (3). Ces cas sont rares, il est vrai, et c'est ce qui explique comment un médecin peut n'en avoir pas rencontré même dans une pratique assez étendue; mais je demande si, quelque faible que soit la chance, on voudrait s'exposer à la courir, lorsqu'on a de très bons moyens pour atteindre le but sans aucun danger, comme on a vu qu'on pouvait y parvenir à l'aide du laudanum de Sydenham pris par la bouche, à doses fractionnées. Dans trois des cas que j'ai mentionnés, les vomissements, faibles ou nuls avant l'administration de l'ipécacuanha, sont devenus incoercibles, et dans le quatrième, trente grammes d'huile de ricin ont provoqué une diarrhée des plus abondantes, bientôt suivie de tous les symptômes d'un choléra mortel.

Préparations alcalines. Nous avons vu plus haut que ce qui avait été principalement remarqué dans le sang des cholériques, c'était la grande diminution des principes alcalins du sang : aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir que les préparations alcalines ont été prescrites par un grand nombre de médecins. M. Davier (4) faisait prendre toutes les demi-heures le mélange suivant :

♃ Carbonate de soude......	2 gram.	Chlorate de potasse...... 0,30 gram.
Hydrochlorate de soude...	0,65 gram.	

M. Stevens (5), qui a le premier eu recours à la médication saline, donnait toutes les demi-heures, ou toutes les heures, suivant la gravité, la poudre suivante :

♃ Chlorure de sodium	1,25 gram.	Chlorate de potasse...... 0,35 gram.
Bicarbonate de soude.....	2 gram.	

(1) *Arch. gén. de méd.*, avril 1832, t. XXVIII, p. 544.
(2) *Union médicale*, août 1849.
(3) *Choléra déterminé par l'administration du kermès* (*Union médicale*. 3 avril 1849).
(4) *Gaz. méd.*, septembre 1832.
(5) *Union médicale*, 3 avril 1849.

Quant à M. Ockel, il se contentait de faire prendre aux cholériques une solution concentrée de *sel ordinaire;* mais ce remède, ainsi administré, inspire souvent une grande répugnance aux malades. Enfin d'autres médecins se sont bornés à ordonner l'*eau de chaux.* M. le docteur Lemazurier (1) portait les solutions alcalines dans le rectum, sous forme d'une forte décoction d'*hydrochlorate de soude.*

M. Baudrimont (2) a rapporté des cas où les sujets jetés dans l'état le plus grave ont été promptement soulagés et guéris par l'usage du *bicarbonate de soude* à la dose de 4 à 8 grammes par litre de tilleul chaud. Ce médecin rapporte que dans la commune de Giraumont, il y avait eu, au 8 octobre, 41 cas de choléra ; que 18 ayant été traités par divers moyens, étaient tous morts, et que 23 traités par le bicarbonate de soude avaient *tous guéri.* Je me contente de faire remarquer ce que cette mort constante aussi bien que cette guérison infaillible ont d'extraordinaire.

Dans la dernière épidémie, M. Gavin Milroy (3) a appelé l'attention des médecins sur le sel marin pris par la bouche à la dose d'une cuillerée à café dans une tasse d'eau, et en lavements à une dose double ou triple. D'autres médecins, et en particulier M. Oulmont (4) ont employé cette médication ; mais après en avoir espéré beaucoup, ils ont été forcés de l'abandonner.

M. Moissenet donnait la potion suivante :

℞ Chlorure de sodium..... 12 gram.	Sirop diacode............ 40 gram.
Eau de menthe.......... 125 gram.	

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure.

Ce médecin prescrivait en même temps un lavement avec 2 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de laudanum.

Rien ne prouve que les alcalins aient eu les effets merveilleux qu'on leur a attribués.

Injections alcalines. Mais ce fut l'introduction directe des solutions alcalines dans le torrent de la circulation qui attira le plus l'attention. Le docteur Latta, se fondant sur les expériences chimiques du docteur O'Shaughnessy, s'était contenté d'abord de chercher à y remédier par des boissons et des lavements alcalins ; mais ayant vu qu'il ne réussissait pas par ce moyen, il eut la première idée de ces injections. Voici, d'après une lettre écrite par lui au secrétaire du conseil central de santé, comment il pratiquait cette opération :

Il dissolvait 8 à 12 grammes d'*hydrochlorate de soude* et 2,50 grammes de *sous-carbonate de soude* dans 3,000 grammes d'eau ; puis il les introduisait peu à peu dans les veines à la température de 112 degrés Fahrenheit. Il a remarqué que, plus froide, l'injection causait une sensation de froid extrême et des frissons violents. Plus chaude seulement de trois degrés, elle excitait subitement le cœur ; la face devenait très animée, et le malade se plaignait d'une grande faiblesse. Lorsque l'injection était faite à la température que nous avons indiquée plus haut, le malade ne sentait d'abord rien ; mais bientôt il éprouvait une sensation de chaleur, et des phénomènes semblables à ceux de la réaction ne tardaient pas à se manifester.

(1) *Gaz. méd.*, novembre 1835.
(2) *Union médicale*, 24 mars 1849.
(3) *Union médicale*, 24 mars 1849.
(4) *Union médicale*, 29 mars 1849.

D'après M. Latta, il ne faut pas, lorsque cet effet est produit, regarder le malade comme guéri ; mais il faut le traiter par de doux stimulants, afin que l'état algide ne reparaisse pas. Chez des sujets qui avaient paru parfaitement guéris, on a vu, en peu d'heures, les symptômes les plus violents se reproduire, et être suivis d'une mort prompte. Lorsque les symptômes de l'état algide reparaissent, il ne faut pas hésiter à renouveler l'injection. Le docteur Craigie, de Leith, a cité quelques faits de guérison par le même moyen. Il en est de même du docteur Lewins et de quelques autres.

M. Warwinski (1) a injecté trois fois de 1,500 à 3,000 grammes d'une solution alcaline dans les veines. Les garderobes augmentèrent; néanmoins il parut y avoir un peu d'amélioration passagère, mais la terminaison fut fatale.

Si maintenant nous voulons apprécier l'influence réelle de cette médication, nous nous trouverons fort embarrassés. Le nombre de cas dans lesquels l'injection a été pratiquée est peu considérable, et par conséquent le nombre des succès et des insuccès n'est pas suffisant pour qu'on puisse établir une proportion dans laquelle on doive avoir une grande confiance. Cependant il faut dire que les docteurs Latta, Lewins, et Craigie ont cité des faits fort intéressants, puisque des sujets évidemment près de succomber ont été ranimés presque immédiatement et ont assez promptement guéri. Quelques uns, comme M. Craigie, veulent que l'effet des injections soit aidé par l'usage interne des préparations alcalines, et d'autres, avec M. Latta, les bannissent du traitement, parce qu'elles leur ont paru avoir de fâcheux effets sur les vomissements et les déjections alvines.

Acides. Le docteur Sponer (2) recommande vivement l'acide nitrique dilué. Sur 76 cas de choléra, 7 seulement ont succombé. Il prescrit ce médicament sous la forme suivante :

♃ Décoction concentrée de racine de salep	180 gram.	Eau de mélisse	60 gram.
Acide nitrique dilué	2 à 4 gram.	Sirop de pavot blanc	30 gram.

Une cuillerée à soupe toutes les cinq ou dix minutes, plus tard toutes les demi-heures, puis toutes les heures. Après la disparition des symptômes il continue le médicament pendant un jour toutes les 2 ou 3 heures.

Nitrate d'argent. M. Emmanuel Lévy (3), dans un travail intitulé : *Cure du choléra par le nitrate d'argent*, cite 82 cas de guérison sur 132 cholériques avec cyanose, par l'emploi de ce médicament qu'il administre à la dose de 1/8 de grain, dans une solution d'eau distillée tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures. M. le docteur Barth (4), ayant vu à la Salpêtrière les principales médications rester sans résultat dans une très grande majorité des cas, eut recours au *nitrate d'argent* donné à la dose de 5 centigrammes dans une potion, et de 25 centigrammes dans un petit lavement. Ce traitement était continué pendant trois ou quatre jours. Sur cinquante-trois malades ainsi traités, il y a eu vingt-sept guérisons. Ce résultat ne paraît pas très avantageux au premier abord, mais M. Barth a

(1) Voy. Contour, *Coup d'œil, etc.* (*Bull. de thér.*, 15 juin 1849).
(2) *Medicinische Zeitung.* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 janvier 1850.
(3) *Compte rendu des séances de la Soc. méd. des hôp.*, 9 janvier 1849. (*Union médicale.* 9 février 1850.)
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1849.

démontré par l'analyse des faits et par la comparaison qu'il a faite de ce résultat avec celui qu'on obtenait à la Salpêtrière par les autres traitements, qu'il est réellement très favorable à l'efficacité du nitrate d'argent. Ces faits n'ayant été bien connus que lorsque l'épidémie était finie, les autres médecins de Paris n'ont pas pu expérimenter cette médication d'une manière suivie.

Eau froide ; glace. J'ai dit, dans la description des symptômes, que les malades n'avaient pas un aussi grand désir des boissons froides, ou du moins que ce désir n'était pas aussi constant que plusieurs médecins l'ont avancé. Cependant quelques uns ont tiré de cette prétendue appétence la conséquence que les boissons froides, et l'eau en particulier, devaient avoir un résultat avantageux. Ils ont été, en outre, portés à employer ce moyen par l'idée que les boissons froides calmeraient les vomissements. Le docteur Berres (1) préconise l'eau froide à l'intérieur. Müller (2) et Gilkrest administraient cette boisson en grande abondance. M. Peyron allait jusqu'à en faire boire quinze et même vingt litres en vingt-quatre heures. D'autres médecins se sont contentés de faire fondre dans la bouche des fragments de *glace*, ou bien d'en faire avaler une petite quantité, comme le conseille M. Louis.

La *méthode hydrothérapique* a été employée dans la dernière épidémie de Pologne et s'est montrée inefficace (3).

Tels sont les principales médications internes qui ont été mises en usage dans les deux grandes épidémies qui ont désolé l'Europe. Disons maintenant un mot de l'administration de quelques autres substances employées par des médecins isolés, et qui sont loin d'avoir pour elles une expérience suffisante. Pendant un moment on a beaucoup vanté l'*huile de cajeput*, dont on fait usage depuis longtemps dans l'Inde, mais ce médicament a été assez promptement abandonné. Bremer (4) l'administrait ainsi qu'il suit :

℞ Huile de cajeput ...	ãã parties égales.
Teinture de valériane éthérée ...	
Esprit de corne de cerf succiné ...	

Dose : d'abord trente gouttes, puis quinze gouttes, au bout d'une demi-heure ou d'une heure ; puis éloigner les doses, et donner quinze gouttes de la potion de trois heures en trois heures.

M. Strebel a donné l'huile de cajeput seule à la dose de quarante gouttes par jour.

Ces médecins assurent avoir guéri par ce moyen les deux tiers des cholériques le plus violemment atteints. Ces résultats n'ont pas été confirmés par les autres praticiens.

M. le docteur Cabaret (5) conseille le *soufre sublimé* à la dose de 1 gramme tous les quarts d'heure ; mais il ne cite qu'une observation à l'appui.

Chloroforme. M. le docteur Brady (6) préconise l'emploi du *chloroforme*, qu'il donne ainsi qu'il suit :

(1) *Erf. über die Kalte in Krank.* Berlin, 1833.
(2) *Gaz. méd.*, 1832.
(3) *Rapport sur le choléra épidémique qui sévit en Pologne*, par le docteur Tschetgrin. (*Bull. de l'Acad. de médecine.* Paris, 1852, t. XVIII, p. 193.)
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1831.
(5) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er janvier 1850.
(6) *Union médicale*, 24 mars 1849.

℞ Huile de ricin............	12 gram.	Teinture d'opium........	20 gouttes.
Chloroforme.............	6 goutt.	Eau de menthe...........	45 gram.

A prendre en trois fois et tous les quarts d'heure.

Si cette potion est insuffisante, M. Brady en donne une seconde, ainsi composée :

℞ Chloroforme............	8 gouttes.	Eau....................	60 gram.
Sirop de vin............	12 gram.		

Enfin, dans quelques cas, il élève la dose jusqu'à quinze et vingt gouttes en une demi-heure ou trois quarts d'heure dans une espèce de grog.

M. Brady donnant en même temps un purgatif, un narcotique, un excitant et un anesthésique, médicaments qui ont tous leur action, comment savoir si c'est au dernier médicament qu'il faut rapporter les bons effets de la préparation ?

M. le docteur Hill (1) a pratiqué les *inhalations de chloroforme*, même dans la période algide. Il a rapporté au début quelques cas favorables; mais ces bons résultats ont-ils persisté ? M. Vernois (2) a administré la même substance à l'intérieur.

M. Devergie a proposé, contre le choléra, la décoction et la pulpe de *truffe*. Malgré la publication de quelques faits heureux, ce médicament n'a généralement pas été adopté.

M. le docteur Andreïwsky (3) administrait l'*huile de pétrole* ou de *naphte*, à la dose de six, douze, et même quinze gouttes, dans un peu d'eau-de-vie, ou une infusion aromatique, contre les diarrhées initiales. Suivant M. Contour, ce moyen avait un grand succès.

M. Michel, d'Avignon (4), vante les bons effets de l'*ail* donné en *infusion* préparée avec quelques gousses, appliqué sous forme de *cataplasmes*, ou enfin en *frictions*. Pour l'application externe, on pile dans un mortier quelques gousses d'ail avec addition de 50 à 60 centigrammes d'*encens*. Cette médication doit être bien difficile à supporter pour bien des malades.

M. le docteur Willemin (5) a cité un certain nombre de cas observés au Caire, et desquels il conclut que le *haschisch*, principe actif du *cannabis indica*, est un remède souverain. Il administrait ce médicament sous la forme de teinture alcoolique à la dose de dix à vingt gouttes par jour, dix gouttes contenant 5 centigrammes de principe actif du *cannabis*. Les faits observés à la Salpêtrière, dans la dernière épidémie, n'ayant été nullement favorables à l'action de ce médicament, on doit regarder les cas de guérison cités par M. Willemin comme des coïncidences.

La *noix vomique* et la *strychnine* ont été également mises en usage. Récamier associait la noix vomique à la racine d'arnica, dans le but d'arrêter la diarrhée,

(1) *Union médicale*, 27 mars 1849.
(2) *Union médicale*, 19 mai 1849.
(3) Voy. Contour, *Coup d'œil sur le trait. du chol. asiat., qui a régné en Russie pendant les années* 1846-47 *et* 48 (*Bull. gén. de thér.*, mai 1849).
(4) *Bull. gén. de thér.*, mai 1849.
(5) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 137.

et le docteur Wagner (1) voulait qu'on donnât l'extrait de noix vomique à la dose de 3 à 5 centigrammes d'heure en heure.

M. le docteur Maxwell (2) a beaucoup vanté le *natron carbonique ;* mais il le donne associé à une dose considérable d'opium et à des purgatifs. Que conclure de ses observations?

Dans la dernière épidémie, on a un instant vanté le *trichlorure de carbone* qu'on a donné jusqu'à la dose de 7 grammes; mais ce médicament n'a pas tardé à être abandonné.

Moyens divers. Enfin on a administré le *charbon de bois* ou *magnésie noire* (Biett); l'*eau de Luce* (M. de Saint-Simon Sicard); le *vinaigre* (M. Desrivières); le *poivre en poudre grossière* (M. Szafkowski); le *plantain* (id.); le *protoxyde d'azote* (3); le *chlore* (4); l'*acide carbonique* (5); la *teinture de scille*, l'*huile d'olive*, etc.; en un mot, on a mis en œuvre presque toutes les substances dont dispose la thérapeutique. Je n'insiste pas davantage sur ces derniers remèdes, parce que rien ne prouve qu'ils aient eu un degré d'efficacité réel.

2° Médication externe.

Les premiers moyens qui se présentent dans cette médication sont, sans contredit, les excitants de toute espèce. Il n'est presque pas un seul médecin qui se soit cru dispensé d'en faire usage, et le refroidissement extrême qui a lieu dans un si grand nombre de cas de choléra épidémique nous explique cette unanimité. De tous les excitants externes, la *chaleur* est le plus facile à employer et peut-être aussi le plus utile. Aussi s'est-on empressé d'envelopper les malades dans des *couvertures chaudes* et d'approcher de leurs extrémités des boules remplies d'*eau à une température élevée.*

M. le docteur Meurtdefroy (6) a employé, pour le réchauffement des cholériques, la *chaux vive enveloppée de linges mouillés* et appliquée près du corps du malade, moyen déjà mis en usage pour d'autres maladies, par M. Serres, d'Alais.

M. Blatin a imaginé un appareil qui consiste dans une lampe à l'alcool, entourée d'une cage d'osier et qu'on place sous les couvertures. Les choses sont disposées de manière qu'on peut éteindre immédiatement la lampe sans retirer l'appareil. Cet appareil a une grande puissance, mais on ne peut pas modérer l'intensité de la chaleur. On a aussi fait parvenir de l'air chaud sous les couvertures à l'aide d'un tuyau de poêle placé sur un fourneau.

Quelques médecins, Delpech surtout, ont fait placer les cholériques dans des *bains chauds ;* d'autres ont fait promener sur la surface du corps, au-dessus d'un linge interposé, des *fers à repasser* fortement chauffés. Les *frictions sèches* avec une flanelle chaude peuvent être placées parmi les excitants de ce genre, quoiqu'elles aient, en outre, la propriété de favoriser mécaniquement la circulation. L'état dans lequel on trouve les cholériques justifie parfaitement l'emploi de ces moyens.

Cependant quelques médecins, parmi lesquels il faut citer MM. Legroux et

(1) *Medic. pract. Abh. üb. die Asiat. Chol.* Prag., 1834.
(2) Voy. *Lettre à M. Liebig* (*Union médicale*, 30 octobre 1849).
(3) Lepage, *Rapport sur l'emploi du gaz prot. d'azote dans le chol.* Orléans, 1832.
(4) Toulmouche, *Arch. gén. de méd.*, 1833.
(5) Heidler, *Ub. Schutzm. geg. d. Cholera.* Prag., 1831.
(6) *Union médicale*, 17 avril 1849.

Horteloup (1), ont cru remarquer que le réchauffement des cholériques a des effets funestes ; mais les faits qu'ils ont cités ne sont pas suffisants pour faire taire tous les doutes sur ce point.

Des médecins ont eu l'idée de recourir à une médication entièrement opposée, et ils ont prescrit les *affusions* et les *douches froides*. Voici comment le docteur Casper (2) veut que l'on procède dans l'application de ce moyen, qu'il met en usage principalement lorsque le pouls est devenu insensible :

Le malade est placé dans une baignoire vide s'il a la peau sèche, pleine d'eau à 27 degrés s'il a la peau moite. On lui verse alors sur la tête quatre ou cinq seaux d'eau glacée, et l'on fait d'autres affusions sur le corps avec le même liquide. On répète cette opération toutes les deux ou quatre heures. Immédiatement après l'affusion, on replace le malade dans son lit, en ayant soin de couvrir la poitrine, le dos et le ventre de compresses froides que l'on renouvelle dès qu'elles sont chaudes. Pour compléter ce traitement, on administre des boissons et des lavements froids.

M. Horteloup (3) a cité des faits semblables.

Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ces traitements : ce qu'il y a de certain, c'est que, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, un certain nombre de sujets parvenus au milieu de la période algide, et qui semblaient près de succomber, ont été promptement ranimés.

Dans les cas graves, M. Worms (4) fait raser la tête et y applique une flanelle trempée dans le mélange suivant :

℞ Alcool camphré..........	150 gram.	Infusion d'arnica............ 100 gram.
Ammoniaque liquide..	12 à 25 gram.	

Dans laquelle on aura fait dissoudre :

Chlorhydrate d'ammoniaque..................... 45 gram.

Suivant ce médecin, cette application rendrait la réaction beaucoup plus facile et en même temps beaucoup moins grave.

Les *sinapismes* ont été presque généralement employés ; on les promène sur les membres et sur les différentes parties du corps. Ils agissent dans le même sens que la chaleur, mais avec plus d'énergie.

Au lieu de faire des frictions sèches, on a conseillé de se servir de divers médicaments irritants : c'est ainsi qu'on a fait des *frictions avec l'huile de cantharide*, avec un *liniment ammoniacal*, avec l'*alcool camphré* (Fouquier), avec une *décoction de moutarde* (Dupuytren), etc. Il est évident que ces substances n'ont pas d'effet spécial, et que toute la différence consiste dans leur plus ou moins d'énergie.

Une des préparations les plus énergiques est le liniment hongrois ainsi composé :

Liniment hongrois contre les crampes.

℞ Eau-de-vie.............	250 gram.	Camphre.................	8 gram.
Vinaigre fort...........	125 gram.	Poivre..................	8 gram.
Farine de moutarde......	15 gram.	Gousse d'ail pilée..........	n° 1.

On met le tout dans un flacon bien bouché, et l'on fait infuser pendant trois jours au soleil, ou dans un endroit chaud.

(1) *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôp.* (*Union médicale*, 1849).
(2) *Die Behandl. der Chir.* Berlin, 1832.
(3) *Comptes rendus de la Société méd. des hôp.* (*Union méd.*, 1849).
(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV, p. 676.

M. Turnbull (1) emploie pour frictions le *piment* (*capsicum annuum*), réduit à la consistance de gelée, et mêlé à l'axonge ou à l'huile d'olive, ou bien macéré dans l'alcool. C'est un rubéfiant énergique.

Des médecins, ayant cru trouver le siége primitif de la maladie dans une lésion de la moelle épinière, ont conseillé de pratiquer les frictions excitantes le long du rachis. Petit (2) portait l'action des excitants le long de la colonne vertébrale jusqu'à la vésication. Voici comment il procédait :

Il faisait étendre tout le long du rachis un morceau de laine imbibé d'un liniment composé de :

Essence de térébenthine.... 30 gram. | Ammoniaque liquide....... 4 gram.

puis il faisait promener lentement, sur le morceau de laine, un fer à repasser bien chaud. Il en résultait une vaporisation instantanée d'une grande partie du liniment, qui, agissant fortement sur la peau, déterminait une vésication rapide.

M. Bouillaud a quelquefois imité cette pratique ; quant à M. Ricord (3), il s'est contenté de frictions le long de la colonne vertébrale, à l'aide d'un liniment volatil.

M. Raphaël, de Provins, a pratiqué la *cautérisation des gouttières vertébrales avec le fer rougi à blanc*. Quel a été le succès réel de ce moyen ? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire.

Les *vésicatoires* à l'épigastre et aux extrémités ont été également prescrits. On a encore employé l'*électro-galvanisme ;* le docteur Levington (4) avait déjà, en 1825, mis en usage ce moyen, qui a été appliqué ensuite en Europe. Enfin on a eu recours aux *frictions mercurielles*, aux *bains de vapeur* et même à la *cautérisation épigastrique avec le fer rouge*.

J'ai, dans la dernière épidémie, employé dans des cas de douleurs épigastriques très intenses, le *vésicatoire au marteau* sur l'épigastre et autour de la base de la poitrine; ce moyen n'a pas eu de succès évident.

Traitement des crampes. M. Burq (5), alors élève des hôpitaux, a réussi à l'aide d'*armatures métalliques humides*, à arrêter plusieurs accidents nerveux, et en particulier les crampes, et la constriction épigastrique. Voici en quoi consistaient, d'après cet auteur (6), ces armatures et la manière de les appliquer :

« Une armature générale, lorsqu'elle est complète, se compose de treize pièces : deux anneaux et une mitaine, ou un cylindre pour le membre supérieur ; deux anneaux et une sandale pour le membre inférieur ; une ceinture pour le tronc.

» Les anneaux ou bracelets sont en cuivre mince, ont de 10 à 15 centimètres de large et sont d'une forme convenable pour s'appliquer aussi exactement que possible : cette dernière condition est absolument indispensable.

» La ceinture consiste dans une bande de cuivre de 8 centimètres de large, de la longueur d'un mètre, terminée en avant et en arrière par une large plaque qui s'adapte à la forme du ventre et du dos.

» Les crampes sont-elles générales et intenses, nous appliquons une armature

(1) *The Lancet*, janvier 1848.
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. XXVIII, 1re série, p. 470.
(3) *Arch. gén. de méd*, avril 1832.
(4) *Trans. of the med. and. phys. Soc. of Calcutta.*
(5) *Union médicale*, 7 juillet 1849.
(6) *Loc. cit.*

générale et complète. Sont-elles intenses, et bornées aux membres inférieurs, nous nous adressons exclusivement à ceux-ci.

» Deux bracelets et une sandale pour chacun; plus ordinairement une ceinture pour le tronc; *ce n'est qu'exceptionnellement qu'il suffit d'armer un seul membre pour voir guérir les deux.*

» Sont-elles peu intenses et siégent-elles exclusivement sur une partie, aux mollets, par exemple, deux anneaux, un à droite et un à gauche, sont ordinairement suffisants; mais si les crampes résistent, on mouille les bracelets, et lorsque ce n'est pas assez, on complète l'armature du membre.

» Nous commençons toujours par appliquer les armatures à sec, et nous ne les mouillons que si le soulagement est nul ou seulement partiel.

» Pour mouiller un bracelet, on roule entre lui et la peau une bande ou une compresse ordinaire, et mieux un lambeau de couverture de coton trempé dans une solution légère de sel marin, à la température de 25 à 40 degrés.

» Il nous est arrivé, trois ou quatre fois, que les armatures sèches ayant parfaitement réussi d'abord, ont perdu leur propriété au bout de quelques heures. En les examinant de près, nous avons reconnu qu'il s'était amassé sous le cuivre une exsudation visqueuse qui, très probablement, venait mettre obstacle à sa conductibilité. Dans tous les cas, il a suffi de nettoyer la peau et le métal, ou de mouiller les armatures pour faire reparaître toute leur efficacité.

» Il faut être prévenu qu'au bout d'un certain temps, trois à cinq heures, à mesure que les armatures humides se sèchent, elles perdent beaucoup de leur action, et que bientôt si les crampes n'ont pas été guéries radicalement, si elles ont de la tendance à revenir, elles ne tardent pas à reparaître. Dans ce cas, on n'a, pour y mettre fin, qu'à remouiller les linges à travers les ouvertures des anneaux. »

Dans quelques cas, M. le docteur Duchenne a réussi à arrêter les crampes, et même les vomissements, à l'aide de l'*excitation électro-cutanée* qu'il dirige avec tant d'habileté.

M. Guyon (1), inspecteur du service de santé militaire en Afrique, donne un moyen bien simple de faire cesser immédiatement les crampes des jambes, chez les cholériques. Il suffit, en effet, de renverser le pied sur la partie antérieure de la jambe. Pour cela, on saisit le talon d'une main, tandis que de l'autre, on saisit la pointe du pied, et on opère le renversement de cette dernière partie. Les crampes des doigts et des mains disparaissent comme celles des jambes par l'extension des doigts sur la main, et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant-bras d'une main, et après avoir saisi de l'autre les parties crampées, on les renverse sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

Les *vomissements*, si violents dans le choléra, ont dû nécessairement attirer l'attention des médecins qui se sont occupés du traitement de la maladie. Plusieurs des médicaments précédents ont été dirigés contre eux, mais on leur a opposé d'une manière spéciale les boissons gazeuses, et en particulier la *potion antiémétique* de Rivière et l'*eau de Seltz.*

M. Malgaigne a, dans un cas, arrêté immédiatement les vomissements en appliquant sur l'épigastre *un vésicatoire ammoniacal pansé ensuite avec la morphine.*

Jusqu'à présent j'ai indiqué les diverses médications séparément; mais, comme

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 octobre 1852.

on le pense bien, il est sans exemple qu'on n'en ait pas associé un certain nombre, afin de remplir en même temps les diverses indications. C'est ainsi qu'on a eu recours à la fois aux excitants internes et externes, aux antispasmodiques, aux opiacés, de manière à arrêter, d'une part, les évacuations alvines et les vomissements, et de l'autre à calmer les accidents nerveux, à ranimer la circulation et à rappeler la chaleur. C'est là, on peut le dire, la base de tous les traitements employés, et ce n'est que dans l'emploi de quelques substances particulières et dans certaines modifications apportées à l'administration des principaux remèdes, que la thérapeutique, tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, a réellement différé. Il serait par conséquent inutile de donner en grand détail les traitements propres à chaque médecin en particulier.

J'ajouterai seulement que M. le docteur Champenois (1) a conseillé, dans le but de provoquer la réaction, d'*injecter dans la vessie* le liquide suivant :

℞ Eau distillée ou vin blanc.. 75 gram.	Laudanum liquide.... 25 à 30 gouttes.
Alcool rectifié............ 25 gram.	Strychnine..... 0,004 à 0,008 gram.
Sulfate de quinine........ 1 gram.	Acide sulfurique.......... 6 gouttes.

Pour une injection dans la vessie.

Je ne sache pas que ce moyen singulier ait été mis en usage d'une manière un peu suivie.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE DE RÉACTION.

Le traitement de cette période est beaucoup plus simple que celui de la période précédente. La *saignée* plus ou moins répétée, suivant la violence du mouvement fébrile, et surtout s'il existe quelque complication inflammatoire du côté des voies respiratoires, en forme, on peut le dire, la base. Dans plusieurs des cas dont j'ai l'observation sous les yeux, elle a été presque immédiatement suivie d'une amélioration notable des principaux symptômes et surtout de la céphalalgie. Les douleurs épigastriques, les vomissements bilieux, sont combattus par les *sangsues* appliquées à l'épigastre. On remplace les excitants par les *boissons douces* et *émollientes.* On supprime les préparations opiacées, surtout quand elles ont été données à très haute dose. Enfin on prescrit un *régime* assez *sévère*, et cette médication si simple réussit, dans la grande majorité des cas, à dissiper tous les accidents et à procurer une guérison complète. Si le délire était violent, s'il y avait du coma, des soubresauts des tendons, en un mot, ces symptômes que l'on a désignés sous le nom de *typhoïques*, l'application de la *glace sur la tête* serait indiquée. Je ne crois pas devoir insister davantage sur le traitement de cette période, qui, je le répète, est des plus simples.

Résumé ; traitement préservatif ; régime ; ordonnances. Après avoir ainsi exposé en détail le traitement du choléra, je ne peux m'empêcher de présenter de nouveau cette réflexion que j'ai faite en commençant, c'est que, au milieu de tous ces essais si multipliés et si variés, n'ayant souvent pour nous guider que les affirmations des auteurs, il nous est bien difficile de nous prononcer sur la valeur relative des diverses médications. Cependant, en examinant un grand nombre de faits, on arrive à ce résultat que l'opium à doses élevées, combiné avec les excitants internes et externes, et avec les antispasmodiques, a eu, dans une multitude de cas,

(1) *Bull. gén. de thér.*, avril 1849.

des résultats évidemment heureux. Aussi est-ce là la médication qu'il faut principalement recommander.

Quelques médecins ont pensé que certaines substances pouvaient avoir un effet *préservatif;* mais, comme il n'y a pas d'expérience qui prouve qu'il en soit réellement ainsi, il n'y aurait aucun avantage à indiquer ici ces prétendus préservatifs. D'après ce qui a été dit des causes de la maladie, il est évident que le séjour dans un lieu sec et bien aéré, des vêtements suffisamment chauds, un régime tonique, sans être excitant, sont les meilleurs préservatifs de cette affection. C'est donc à l'autorité, dans les cas où une épidémie est imminente, à veiller à ce que les classes inférieures puissent, autant que possible, jouir de ces avantages.

Pendant que le choléra est dans sa violence, il est évident que la diète doit être absolue, et ce n'est pas sous ce rapport qu'il importe de dire un mot du *régime.* Mais au début, lorsqu'il n'existe encore que l'ensemble de ces phénomènes auxquels on a donné le nom de *cholérine,* la question du régime prend un grand intérêt. Les sujets doivent se soumettre à une diète sévère et se contenter de boissons adoucissantes ou légèrement astringentes, sous peine de voir les symptômes augmenter après chaque repas. Qu'on ne croie pas pourtant que je veuille dire qu'un mauvais régime, même en temps d'épidémie, puisse faire dégénérer en choléra une simple diarrhée. Si le fait est possible, il n'est, du moins, nullement démontré. J'ai voulu seulement faire allusion à ces cas où les malades ont pu continuer à manger, ayant déjà un choléra confirmé, quoique léger, et où ce mauvais régime a évidemment aggravé leur maladie.

Traitement de la cholérine. Ceci me conduit à dire un mot, en particulier, de la diarrhée qui précède le choléra, et à laquelle on donne le nom de *cholérine.* C'est principalement pendant son cours qu'on a administré les vomitifs et les purgatifs avec succès ; mais j'ai signalé plus haut les dangers de cette médication, et, tout bien considéré, je crois qu'il est prudent de s'en abstenir. Je suis d'autant plus disposé à soutenir cette manière de voir, qu'un moyen bien simple, et sans aucun danger, m'a complétement réussi dans la dernière épidémie. J'ai conseillé à toutes les personnes qui avaient de la diarrhée de prendre quatre fois par jour *de 3 à 5 gouttes de laudanum de Sydenham* dans un quart de verre d'eau sucrée. Ces doses doivent être prises le matin au lever, le soir en se couchant et immédiatement avant les deux principaux repas de la journée. *Chez les enfants,* on met, suivant l'âge, de 1 à 3 gouttes de laudanum dans un demi-verre d'eau sucrée, et on leur en donne une ou deux cuillerées à café aux époques indiquées. Aucune des personnes auxquelles j'ai conseillé ce moyen, et elles sont bien nombreuses, n'a eu le choléra, quoique beaucoup d'entre elles aient eu fréquemment des commencements de diarrhée. Dans trois cas, ce moyen si simple a rétabli, dans leur état normal, les garderobes presque constamment dérangées depuis deux mois, malgré l'emploi des astringents, des lavements laudanisés, et d'un régime très sévère.

Quelques personnes ont été obligées de continuer l'usage du laudanum pendant plusieurs mois, se portant très bien quand elles s'y soumettaient; ayant, au contraire, des dérangements dès qu'elles voulaient le cesser. J'ai vu, sous cette influence, la confiance renaître promptement chez des sujets terrifiés, et que les dérangements fréquents du tube digestif affectaient profondément.

Il ne faut pas craindre l'usage prolongé du laudanum administré de la manière

qui vient d'être indiquée. L'expérience m'a prouvé qu'il n'a aucun inconvénient. Bien plus, il arrive ordinairement qu'un abattement général, une langueur extrême, qui résulte de la cholérine, se dissipe très promptement, et que, malgré l'emploi du narcotique, le malade reprend toute son activité. On ne doit s'arrêter que s'il survient de la constipation, toujours attentif pour recommencer au plus petit dérangement.

J'ai employé le laudanum de Sydenham, parce que, outre l'opium, il contient des substances excitantes. Je suis bien loin cependant de prétendre que cette idée ait une bien grande valeur, et il est très possible que le *laudanum de Rousseau* ait le même effet. Si on l'employait, il ne faudrait donner que *moitié dose*.

Dans la cholérine, M. Monneret (1) administre aux enfants de 20 à 30 grammes de *sous-nitrate de bismuth*, et chez les adultes il porte cette dose à 50 et à 60 grammes. On l'administre seul ou mêlé aux aliments.

M. le docteur J. Tray (2) donnait, dans les diarrhées prodromiques du choléra, la *térébenthine rectifiée* à la dose de 15 gouttes, qu'il répétait s'il était nécessaire. Dans les cas qu'il a traités ainsi, les évacuations se sont immédiatement arrêtées ; mais ce qui, pour beaucoup de médecins, ôtera à cette médication une grande partie de sa valeur, c'est qu'il mêlait la térébenthine à une certaine quantité de laudanum ou d'huile de jusquiame, médicaments dont l'effet doit entrer en ligne de compte.

Lorsque la période de réaction n'est pas très violente, qu'il n'y a qu'un peu de céphalalgie et un très léger mouvement fébrile, on peut, sans inconvénient, permettre quelques bouillons et rendre promptement le régime plus substantiel. Si la fièvre est très forte, la diète doit être continuée jusqu'à ce que les principaux symptômes fébriles se soient notablement amendés. Enfin, il n'est pas nécessaire, lorsque les malades sont entrés franchement en convalescence, de les tenir longtemps à un régime sévère. Les faits ont prouvé que ceux qui étaient bien réellement guéris pouvaient rapidement reprendre leur genre de vie accoutumé.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHOLÉRA COMMENÇANT AVEC SIMPLES DÉJECTIONS ALVINES, NAUSÉES, FAIBLESSE ET CRAMPES LÉGÈRES.

1° Pour boisson, infusion de camomille édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Un lavement, matin et soir, avec 1 gramme de laudanum.

3° Frictions sèches sur les membres.

4° Prendre par cuillerées une potion composée ainsi qu'il suit :

℞ Infusion de tilleul	120 gram.	Alcool	10 gram.
Éther sulfurique	1 gram.	Sirop diacode	30 gram.

A prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure.

5° Entourer le malade de couvertures chaudes.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE REFROIDISSEMENT NOTABLE AVEC VOMISSEMENTS VIOLENTS, DÉJECTIONS ALVINES ABONDANTES ET CRAMPES FRÉQUENTES.

1° Pour tisane, légère décoction de ratanhia édulcorée avec le sirop de sucre, et additionnée de cinq ou six cuillerées de vin de Malaga par chaque pot.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1849.
(2) *London med. Gaz*, novembre 1849.

2° Potion comme la précédente. Remplacer seulement le sirop diacode par le sirop de gomme, à la dose de 45 grammes, et ajouter laudanum de Sydenham, 2 grammes.

3° Lavement laudanisé, *ut suprà*, administré toutes les trois heures. Si le lavement était rejeté immédiatement, en donner tout de suite un autre.

4° Promener sur les extrémités des sinapismes.

5° Frictions sèches fréquemment répétées sur toutes les parties du corps avec une flanelle chaude ou avec un liniment volatil.

6° Le reste, *ut suprà*.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'INSENSIBILITÉ COMPLÈTE DU POULS, OU, SUIVANT QUELQUES AUTEURS, DANS LA PÉRIODE ASPHYXIQUE.

1° Pour boisson, punch chaud.

2° Injections de substances salines dans les veines.

3° Frictions irritantes le long du rachis, ou cautérisation de cette région.

4° Affusions froides.

5° Électro-galvanisme.

Je réunis, dans la dernière ordonnance, un certain nombre de médications particulières; il sera facile de retrouver les autres dans l'exposition précédente.

IVe Ordonnance.

DANS LA PÉRIODE DE RÉACTION.

1° Boissons adoucissantes.

2° Saignées plus ou moins répétées, suivant l'intensité du mouvement fébrile et des lésions locales.

3° Application de sangsues à l'épigastre, dans les cas de symptômes gastriques.

4° Glace, compresses froides sur la tête, si les symptômes cérébraux sont violents.

5° Diète sévère, si la fièvre est intense; quelques bouillons seulement, si elle est très légère. Lorsque la convalescence est franche, reprendre promptement le régime habituel.

Suivant M. de Jumné, les *bains de mer* sont un bon moyen *prophylactique* du choléra. Dans les instructions populaires publiées en Angleterre et en France, on insiste principalement sur un bon régime et de bonnes conditions hygiéniques.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients; adoucissants.

1° *Médication interne.* Excitants internes; préparations ammoniacales; arnica; café; haschisch; stachys; chlore; chloroforme, etc.; antispasmodiques; narcotiques; astringents; toniques; vomitifs; purgatifs; préparations alcalines; injections alcalines; eau froide, glace; huile de cajeput; noix vomique; moyens divers.

2° *Médication externe.* Excitants externes; chaleur; sinapismes; vésicatoires; affusions et douches froides; cautérisation du rachis.

Période de réaction. Émissions sanguines; émollients; applications froides sur la tête.

Traitement préservatif. Moyens hygiéniques; laudanum; régime.

FIN DU TOME DEUXIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME DEUXIÈME.

LIVRE II.

MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES (Suite).

CHAP. IV. **Maladies du péricarde**... 1

ART. I. PÉRICARDITE AIGUE......... 2

§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 2
§ II. Causes.................... 2
1° Causes prédisposantes........ 2
2° Causes occasionnelles......... 3
§ III. Symptômes............... 4
Formes particulières de la maladie....................... 9
§ IV. Marche; durée: terminaison. 9
§ V. Lésions anatomiques........ 10
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 11
Tableau synoptique du diagnostic 12
§ VII. Traitement............... 14
Émissions sanguines.......... 14
Saignées d'après M. Bouillaud... 14
Diurétiques, digitale.......... 16
Purgatifs.................... 16
Narcotiques antispasmodiques... 17
Vomitifs; mercuriaux......... 17
Irritants cutanés............. 18
Topiques sédatifs............. 19
Traitement de Hope........... 19
Précautions générales et régime à suivre.................. 20

ART. II. PÉRICARDITE CHRONIQUE..... 21

§ I. Définition, espèces........... 21
§ II. Causes................... 22
§ III. Symptômes............... 22
§ IV. Marche, durée; terminaison. 23
§ V. Lésions anatomiques........ 23
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 23
§ VII. Traitement.............. 24

ART. III. HYDRO-PÉRICARDE......... 24

Hydro-péricarde actif.......... 25
Hydro-péricarde passif......... 25
Causes...................... 25
Symptômes.................. 26
Marche; durée; terminaison.... 27
Lésions anatomiques.......... 27
Diagnostic.................. 27
Traitement.................. 27

ART. IV. ADHÉRENCES DU PÉRICARDE AU CŒUR...................... 29

ART. V. LÉSIONS DIVERSES DU PÉRICARDE...................... 31

Appendice : Palpitations nerveuses du cœur................. 31
§ I. Définition.................. 31
§ II. Causes................... 32
§ III. Symptômes.............. 32
§ IV. Marche; durée ; terminaison. 33
§ V. Lésions anatomiques........ 33
§ VI. Diagnostic................ 34
§ VII. Traitement.............. 34

Sect. II. Maladies des artères........ 36

CHAP. I. **Maladies de l'aorte**....... 36

ART. I. SITUATION ET RAPPORTS DE L'AORTE A L'ÉTAT NORMAL............... 37

ART. II. AORTITE AIGUE............. 39

Fréquence.................. 40
Causes..................... 40
Symptômes.................. 40
Lésions anatomiques.......... 41
Traitement................. 42

ART. III. AORTITE CHRONIQUE........ 42

ART. IV. ALTÉRATIONS CHRONIQUES DE L'AORTE...................... 42

ART. V. ANÉVRYSME DE L'AORTE..... 45

ART. VI. ANÉVRYSME DE LA PORTION ASCENDANTE DE L'AORTE PECTORALE.... 46

§ I. Définition ; synonymie ; fréquence..................... 46
§ II Causes.................... 47
1° Causes prédisposantes......... 47
2° Causes occasionnelles......... 49
§ III. Symptômes.............. 49
1° Dilatation de l'aorte ascendante. 49
2° Anévrysme faux de l'aorte ascendante.................. 50
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 56

§ V. Lésions anatomiques........ 58
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 60
§ VII. Traitement............... 64
Émissions sanguines.......... 64
Acétate de plomb............ 66
Purgatifs; diurétiques......... 67
Calmants; antispasmodiques.... 67
Toniques; ferrugineux......... 68
Digitale.................... 68
Moyens à mettre en usage dans les cas de rupture de la tumeur.. 68
Régime..................... 69
Précautions générales à prendre dans le traitement.......... 69
Résumé; ordonnances......... 69
ART. VII. ANÉVRYSME DE LA PORTION DESCENDANTE DE L'AORTE PECTORALE... 71
Causes..................... 71
Symptômes.................. 71
Marche; durée; terminaison.... 73
Lésions anatomiques.......... 73
Diagnostic; pronostic.......... 73
ART. VIII. ANÉVRYSME DE L'AORTE VENTRALE..................... 74
Causes; symptômes........... 75
Marche; durée: terminaison.... 75
Lésions anatomiques.......... 76
Diagnostic; pronostic.......... 76
Traitement................. 77
ART. IX. ANÉVRYSME VARIQUEUX..... 77
§ I. Anévrysme variqueux ouvert dans la veine cave supérieure... 78
§ II. Anévrysme variqueux s'ouvrant dans l'artère pulmonaire....... 79
§ III. Anévrysme variqueux communiquant avec l'oreillette droite.. 79
§ IV. Anévrysme variqueux s'ouvrant dans le sommet du ventricule droit. 79
§ V. Anévrysme variqueux de l'aorte ventrale ouvert dans la veine cave inférieure................ 80
Diagnostic.................. 80
Traitement................. 81
ART. X. RUPTURE DE L'AORTE........ 81
Causes..................... 81
ART. XI. RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'AORTE............... 82
§ I. Causes................... 82
1° Causes prédisposantes........ 82
2° Causes occasionnelles........ 83
§ II. Symptômes............... 83
§ III. Marche; durée; terminaison. 85
§ IV. Lésions anatomiques........ 85
§ V. Diagnostic; pronostic........ 86
§ VI. Traitement............... 87
Précautions générales à prendre dans le traitement des rétrécissements et oblitérations de l'aorte. 88
ART. XII. BATTEMENT NERVEUX DES ARTÈRES..................... 88
Causes..................... 89
Symptômes.................. 89
Marche; durée; terminaison.... 89
Diagnostic; pronostic....... ... 89
Traitement................. 90
CHAP. II. **Maladies des artères secondaires**..................... 92
ART. I. ARTÉRITE AIGUE............ 92
Fréquence; causes............ 93
Symptômes.................. 93
Marche; durée; terminaison.... 95
Lésions anatomiques.......... 95
Diagnostic; pronostic.......... 96
Traitement................. 96
ART. II. ARTÉRITE CHRONIQUE ET LÉSIONS A MARCHE CHRONIQUE DES ARTÈRES SECONDAIRES.................. 97
§ I. Artérite chronique.......... 97
§ II. Lésions choniques des artères. 98
ART. III. ANÉVRYSMES DES ARTÈRES SECONDAIRES.................. 98
§ I. Anévrysme du tronc cœliaque.. 99
§ II. Anévrysme des divisions du tronc cœliaque............... 100
§ III. Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure............ 100
Traitement................. 101
ART. IV. OBLITÉRATION, ULCÉRATION, RUPTURES DES ARTÈRES SECONDAIRES.. 102
Sect. III. Maladies des veines....... 102
CHAP. I. **Maladies de l'artère pulmonaire**..................... 103
ART. I. COAGULATION DU SANG DANS L'ARTÈRE PULMONAIRE............... 103
ART. II. DILATATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE..................... 105
ART. III. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ARTÈRE PULMONAIRE.................. 105
CHAP. II. **Maladies du système nerveux en général**............... 106
ART. I. PHLÉBITE................ 106
§ I. Définition; synonymie; fréquence..................... 107
§ II. Causes.................. 107
1° Causes prédisposantes........ 107
2° Causes occasionnelles........ 108
§ III. Symptômes............... 109
§ IV. Marche; durée; terminaison.. 115
§ V. Lésions anatomiques........ 116
§ VI. Diagnostic; pronostic........ 118
§ VII. Traitement.............. 119
Émissions sanguines........... 120
Section de la veine............ 121
Compression de la veine........ 121
Cautérisation avec le fer rouge.. 121
Vomitifs.................... 122
Purgatifs................... 122
Diurétiques................. 122

Toniques 122
Art. II. Phlegmatia alba dolens 124
§ I. Définition; synonymie; fréquence 124
§ II. Causes 125
1° Causes prédisposantes 125
2° Causes occasionnelles 126
§ III. Symptômes 126
§ IV. Marche; durée; terminaison. 128
§ V. Lésions anatomiques 129
§ VI. Diagnostic; pronostic 130
§ VII. Traitement 131
1° Médication interne 131
Vomitifs; purgatifs; narcotiques. 131
Diurétiques; digitale 131
Iode 132
2° Médication externe 132
Vésicatoires; moxa 132
Frictions; scarifications 132
Compression 133
Résolutifs 133
Résumé; ordonnances 133
Sect. IV. Maladies du sang 134
CHAP. I. **Maladies primitivement constituées par un état anormal du sang** 135
Art. I. Pléthore 135
§ I. Définition; fréquence 136
§ II. Causes 136
§ III. Symptômes 137
§ IV. Marche; durée; terminaison. 137
§ V. Diagnostic; pronostic 138
§ VI. Traitement 139
Art. II. Anémie 139
§ I. Définition; synonymie; fréquence. 140
§ II. Causes 141
§ III. Symptômes 142
§ IV. Marche; durée; terminaison.. 143
§ V. Lésions anatomiques 144
§ VI. Diagnostic; pronostic 144
§ VII. Traitement 145
Art. III. Chlorose 146
§ I. Définition; synonymie; fréquence 146
§ II. Causes 146
1° Causes prédisposantes 146
2° Causes occasionnelles 147
§ III. Symptômes 148
Chlorose ménorrhagique 151
Chlorose syphilitique 152
§ IV. Marche; durée; terminaison. 153
§ V. Lésions anatomiques 153
§ VI. Diagnostic; pronostic 153
§ VII. Traitement 154
Émissions sanguines 154
Ferrugineux 154
Purgatifs 157
Digitale 158
Moyens contre les douleurs nerveuses 158
Traitement de la chlorose ménorrhagique 159
Traitement de la chlorose syphilitique 159
Soins hygiéniques 160
Résumé; ordonnances 161
Art. IV. Scorbut 162
§ I. Définition; synonymie; fréquence 162
§ II. Causes 163
1° Causes prédisposantes 163
2° Causes occasionnelles 163
§ III. Symptômes 164
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie 167
§ V. Lésions anatomiques 167
§ VI. Diagnostic; pronostic 169
§ VII. Traitement 169
Moyens hygiéniques; traitement préservatif 170
Traitement curatif 171
Acides 171
Stimulants, antiscorbutiques 171
Amers et toniques 172
Astringents; charbon; nitre, etc. 172
Traitement de quelques symptômes. 173
Résumé; ordonnances 173
Art. V. Leucocythémie 175
CHAP. II. **Affections du système circulatoire et d'un autre appareil.** 176
Art. I. Syncope 177
§ I. Définition; synonymie; fréquence. 177
§ II. Causes 177
§ III. Symptômes 178
§ IV. Durée; terminaison 179
§ V. Lésions anatomiques 179
§ VI. Diagnostic 179
§ VII. Traitement 180
Art. II. Asphyxie 180
§ I. Définition; synonymie 181
§ II. Causes 181
§ III. Symptômes 182
Asphyxie par obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons 183
Asphyxie par suspension et par strangulation 183
Asphyxie par submersion 183
Asphyxie par viciation et insuffisance d'air 183
Asphyxie par la vapeur du charbon. 183
Asphyxie par les vapeurs de la fermentation alcoolique 184
Asphyxie des nouveau-nés 184
§ IV. Marche; durée; terminaison. 184
§ V. Lésions anatomiques 185
§ VI. Diagnostic; pronostic 186
§ VII. Traitement 187
Traitement de l'asphyxie en général 187
Insufflation 187

Electricité 188
Frictions..... 188
Excitations sur les muqueuses buccale et nasale..... 188
Excitation sur la muqueuse intestinale..... 188
Lavements excitants..... 188
Traitement de l'asphyxie par strangulation et par suspension. 187
Traitement de l'asphyxie par submersion..... 189
Traitement de l'asphyxie causée par la vapeur du charbon.... 190
Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés 191
Section V. Maladies des vaisseaux lymphatiques..... 192
ART. I. INFLAMMATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES 193
Causes..... 193
Symptômes 193
Marche; durée; terminaison.... 193
Diagnostic 194
Traitement 194
ART. II. SCROFULES..... 194
§ I. Définition; fréquence..... 195
§ II. Causes 195
§ III. Symptômes..... 197
§ IV. Marche; durée; terminaison.. 198
§ V. Lésions anatomiques..... 199
§ VI. Diagnostic..... 199
§ VII. Traitement..... 200
Amers; toniques..... 200
Ferrugineux..... 202
Préparations iodurées 202
Préparations mercurielles 204
Préparations d'or..... 205
Chlorure d'argent, de baryum... 206
Sous-carbonate de potasse et de soude 207
Chlorure de chaux..... 208
Huile de foie de morue..... 208
Bains froids; bains de mer..... 208

LIVRE III.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES..... 211

CHAP. Ier. **Maladies de la bouche.** 211

ART. I. HÉMORRHAGIE BUCCALE..... 212
Stomatorrhagie par rupture de tumeurs variqueuses..... 212
Symptômes 213
Diagnostic 214
Traitement..... 214
1° Médication externe..... 214
2° Médication interne..... 215
ART. II. STOMATITE SIMPLE OU ÉRYTHÉMATEUSE 217
Causes..... 217
Symptômes 217
Marche; durée; terminaison.... 218
Diagnostic; pronostic..... 218
Traitement 218
ART. III. STOMATITE MERCURIELLE 219
§ I. Définition; synonymie; fréquence..... 220
§ II. Causes..... 221
1° Causes prédisposantes..... 221
2° Causes occasionnelles..... 221
§ III. Symptômes..... 222
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie..... 224
§ V. Lésions anatomiques..... 224
§ VI. Diagnostic; pronostic..... 224
§ VII. Traitement..... 225
1° *Traitement prophylactique*..... 225
2° *Traitement curatif*..... 227
Astringents 227
Caustiques..... 228
Chlorures..... 229
Moyens divers..... 229
Émissions sanguines..... 230
Moyens dérivatifs; vomitifs..... 330
Ventouses sèches; — scarifiées.. 231
Moyens propres à neutraliser l'action du mercure..... 231
Opium 232
Résumé; ordonnances..... 232
ART. IV. MUGUET..... 234
§ I. Définition; synonymie; fréquence..... 235
§ II. Causes..... 235
1° Causes prédisposantes..... 235
2° Causes occasionnelles..... 237
§ III. Symptômes..... 238
Première période 239
Deuxième période 242
Muguet des adultes..... 243
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie..... 243
§ V. Lésions anatomiques..... 243
§ VI. Diagnostic; pronostic..... 244
§ VII. Traitement..... 245
1° *Traitement prophylactique*.... 245
2° *Traitement curatif*..... 246
Traitement local..... 246
Gargarismes..... 246
Traitement général..... 249
Opiacés..... 249
Toniques 250
Vomitifs 250
Purgatifs 250
Emissions sanguines..... 250
Résumé; ordonnances..... 251
Caustiques..... 251
ART. V. STOMATITE COUENNEUSE..... 253
§ I. Définition; synonymie; fréquence..... 253
§ II. Causes..... 254
1° Causes prédisposantes..... 254

2° Causes occasionnelles......... 254
§ III. Symptômes............... 254
§ IV. Marche: durée; terminaison de la maladie................ 255
§ V. Lésions anatomiques......... 256
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 256
§ VII. Traitement.............. 258
Traitement prophylactique...... 258
Traitement curatif............ 258
Cautérisation................ 258
Gargarismes; toniques......... 259
Art. VI. Aphthes.............. 259
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 260
§ II. Causes.................. 260
1° Causes prédisposantes....... 260
2° Causes occasionnelles........ 261
§ III. Symptômes............... 261
Aphthes discrets.............. 261
Aphthes confluents........... 262
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 263
§ V. Lésions anatomiques........ 263
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 264
§ VI. Traitement............... 265
1° Traitement topique......... 265
2° Médication générale......... 266
Art. VII. Stomatite ulcéreuse...... 266
§ I. Définition................. 267
§ II. Causes.................. 268
§ III. Symptômes............... 268
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie............... 270
§ V. Lésions anatomiques........ 271
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 271
§ VII. Traitement.............. 272
Emissions sanguines........... 272
Gargarismes................. 272
Cautérisation................ 272
Iodure de potassium.......... 273
Art. VIII. Stomatite gangréneuse... 274
§ I. Définition; synonymie; fréquence.................... 274
§ II. Causes.................. 275
1° Causes prédisposantes........ 275
2° Causes occasionnelles......... 278
§ III. Symptômes............... 279
1° Forme couenneuse.......... 279
2° Forme ulcéreuse............ 280
Stomatite charbonneuse....... 280
Début..................... 281
Symptômes communs aux trois formes de la maladie......... 281
§ IV. Marche; durée; terminaison. 282
§ V. Lésions anatomiques......... 283
§ VI. Diagnostic; pronostic 285
§ VII. Traitement............... 288
1° Traitement préservatif...... 288
2° Traitement curatif.......... 289
Traitement local 289
Emissions sanguines.......... 290
Caustiques.................. 290
Cautérisation par les acides..... 291
Cautérisation avec le beurre d'antimoine 292
Cautère actuel............... 292
Traitement de la plaie qui succède à la chute de l'escarre....... 293
Traitement général 293
Résumé; ordonnances......... 295
Art. IX. Glossite............... 296
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 296
§ II. Causes.................. 297
1° Causes prédisposantes....... 297
2° Causes occasionnelles....... 297
§ III. Symptômes.............. 299
1° Glossite superficielle........ 299
2° Glossite profonde........... 299
§ III. Marche ; durée; terminaison... 301
Abcès de la langue............ 302
Gangrène de la langue......... 302
3° Glossite chronique.......... 302
§ V. Lésions anatomiques........ 302
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 303
§ VII. Traitement............... 303
Émissions sanguines.......... 304
Gargarismes................. 304
Emétique ; purgatifs.......... 305
Scarification de la langue....... 306
Laryngotomie................ 307
Traitement des abcès.......... 307
Traitement de la gangrène...... 307
Art. X. Accidents causés par la dentition..................... 309
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence 309
§ II. Causes.................. 310
1° Causes prédisposantes........ 310
2° Causes occasionnelles 311
§ III. Symptômes.............. 312
Accidents locaux............ 313
1° Fièvre 313
3° Troubles du système nerveux.. 313
2° Troubles des voies digestives... 314
4° Troubles de l'appareil respiratoire...................... 315
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie............... 316
§ V. Lésions anatomiques........ 317
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 317
§ VII. Traitement.............. 318
1° Traitement des symptômes... 319
2° Traitement par des moyens donnés comme spécifiques....... 320
3° Traitement local........... 321
Incision des gencives......... 322
Excision des gencives......... 322
Résumé ; ordonnances........ 323
Art. XI. Salivation (*sialorrhée*).... 324
§ I. Définition; synonymie; fréquence. 324

§ II. Causes.................. 325
1° Causes prédisposantes........ 325
2° Causes occasionnelles......... 325
§ III. Symptômes............... 326
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie................ 326
§ V. Diagnostic; pronostic........ 326
§ VI. Traitement............... 327
Appendice. Maladies des annexes de la cavité buccale............... 327
Oreillons.................... 327
Causes...................... 328
Symptômes................... 329
Marche; durée; terminaison.... 330
Lésions anatomiques.......... 331
Diagnostic; pronostic.......... 331
Traitement.................. 331
CHAP. II. **Maladies du pharynx**..... 333
Art. I. Hémorrhagie du pharynx.... 335
Art. II. Pharyngite simple aigue.... 336
Première espèce. Pharyngite superficielle ayant son siége dans l'isthme du gosier..................... 337
§ I. Définition ; synonymie; fréquence...................... 337
§ II. Causes.................. 338
1° Causes prédisposantes....... 338
2° Causes occasionnelles....... 339
§ III. Symptômes............... 339
Pharyngite gutturale fébrile..... 341
Pharyngite gutturale suppuratoire 341
Pharyngite gutturale gangréneuse. 341
Pharyngite catarrhale......... 341
— rhumatique........ 342
§ IV. Marche; durée; terminaison.. 342
§ V. Lésions anatomiques........ 342
§ VI. Diagnostic; pronostic........ 342
§ VII. Traitement.............. 343
Alun...................... 343
Vomitifs; purgatifs........... 344
Résumé; ordonnances......... 344
Deuxième espèce. Pharyngite tonsillaire (amygdalite).................. 345
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 345
§ II. Causes.................. 346
1° Causes prédisposantes....... 346
2° Causes occasionnelles....... 347
§ III. Symptômes.............. 348
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie................ 352
§ V. Lésions anatomiques......... 352
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 353
§ VII. Traitement............... 354
Émissions sanguines.......... 354
Adoucissants; émollients....... 357
Acidules ; acides............. 357
Cathérétiques et astringents..... 358
Nitrate d'argent; alun......... 358
Borax; ammoniaque........... 359
Applications externes.......... 360
Divers moyens combinés....... 360
Vomitifs.................... 361
Traitement de la pharyngite bilieuse des auteurs.......... 362
Purgatifs.................... 362
Dérivatifs; pyrothonide........ 363
Traitement de la pharyngite tonsillaire suppurée............ 364
Incision de l'amygdale......... 365
Résumé; ordonnances......... 366
Troisième espèce. Pharyngite aiguë des parties reculées du pharynx (angine pharyngée).................... 367
Abcès du pharynx............ 368
Marche; durée; terminaison de la maladie.................. 369
Lésions anatomiques.......... 370
Diagnostic; pronostic......... 370
Traitement................. 371
Art. III. Pharyngite simple chronique. 372
Première espèce. Pharyngite gutturale chronique................... 372
Causes...................... 372
Symptômes................. 372
Traitement.................. 373
Deuxième espèce. Pharyngite tonsillaire chronique.................. 374
Excision des amygdales........ 375
Troisième espèce. Inflammation chronique de la partie inférieure du pharynx...................... 377
Art. IV. Pharyngite syphilitique non ulcéreuse.................... 377
Première forme. Erythémateuse.. 377
Deuxième forme. Granuleuse.... 378
Troisième forme............. 378
Quatrième forme............ 378
Art. V. Pharyngite pultacée....... 379
Causes..................... 381
Symptômes.................. 381
Marche; durée; terminaison de la maladie.................. 381
Lésions anatomiques.......... 382
Traitement.................. 383
Traitement local............. 383
Traitement général........... 384
Art. VI. Pharyngite couenneuse (*diphthérite*)................ 385
§ I. Définition; synonymie; fréquence..................... 385
§ II. Causes.................. 386
1° Causes prédisposantes........ 386
2° Causes occasionnelles........ 388
§ III. Symptômes.............. 388
§ IV. Marche; durée; terminaison. 392
§ V. Lésions anatomiques........ 392
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 393
§ VII. Traitement.............. 395
1° Traitement local............ 395

Cautérisation................ 395
Scarification ; pyrothonide...... 396
Injections d'eau tiède.......... 396
Gargarismes................. 397
2° Traitement général.......... 397
Émissions sanguines.......... 397
Vomitifs ; purgatifs........... 397
Préparations mercurielles...... 398
Boissons émollientes........... 398
3° Traitement préservatif....... 398
ART. VII. PHARYNGITE ULCÉREUSE..... 399
Pharyngite survenant dans le cours d'une autre maladie......... 399
Pharyngite ulcéreuse syphilitique. 340
Signes et symptômes.......... 401
1° Pharyngite syphilitique ulcéreuse ayant son siége au voile du palais.................... 401
2° Pharyngite tonsillaire syphilitique ulcéreuse............. 402
Symptômes................. 403
Pharyngite ulcéreuse des parties reculées du pharynx......... 403
Symptômes................. 403
Marche ; durée ; terminaison.... 404
Lésions anatomiques.......... 405
Diagnostic ; pronostic.......... 405
Traitement local............ 407
Traitement des ulcères fortement enflammés................ 407
Traitement des ulcères peu enflammés................. 408
Collutoires stimulants ; mercuriels 408
Insufflations de poudres mercurielles................... 409
Caustiques.................. 409
Collutoires désinfectants....... 409
Cinabre.................... 410
Traitement général........... 410
Sudorifiques................. 410
Mercuriaux................. 411
Proto-iodure de mercure....... 411
Frictions mercurielles......... 411
Iodure de potassium.......... 411
Moyens divers............... 411
Préparations arsenicales....... 411
Précautions générales à prendre dans le traitement de la pharyngite ulcéreuse.......... 412
Résumé, ordonnances......... 412
ART. VIII. PHARYNGITE GANGRÉNEUSE.. 414
Causes.................... 414
Symptômes................. 415
Marche ; durée ; terminaison.... 416
Lésions anatomiques.......... 416
Diagnostic ; pronostic.......... 417
Traitement................. 418
Cautérisation ; vomitifs........ 418
Résumé ; ordonnances......... 419
ART. IX. TUMEURS ET DÉGÉNÉRESCENCES DU PHARYNX...................... 420
1° Cancer des amygdales........ 420
2° Cancer des parois du pharynx.. 420
ART. X. DILATATION DU PHARYNX..... 421
CHAP. III. **Maladies de l'Œsophage.** 421
ART. I. HÉMORRHAGIE DE L'ŒSOPHAGE.. 422
ART. II. OESOPHAGITE SIMPLE AIGUE... 423
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 424
§ II. Causes.................. 424
1° Causes prédisposantes........ 424
2° Causes occasionnelles........ 424
§ III. Symptômes.............. 426
OEsophagite folliculeuse....... 429
Abcès de l'œsophage.......... 429
Gangrène de l'œsophage....... 430
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 431
§ V. Lésions anatomiques......... 431
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 432
§ VII. Traitement.............. 435
Émissions sanguines.......... 435
Applications externes.......... 436
Révulsifs ; dérivatifs.......... 436
Narcotiques................ 436
Adoucissants portés sur la muqueuse enflammée.......... 437
Traitement de l'œsophagite chez les enfants à la mamelle..... 438
Traitement des abcès de l'œsophage................... 438
Traitement de la gangrène de l'œsophage.................. 438
Résumé ; ordonnances......... 439
ART. III. OEsophagite chronique.... 439
ART. IV. OEsophagite ulcéreuse.... 441
Symptômes................. 442
Lésions anatomiques.......... 442
Traitement................. 442
ART V. OEsophagite pseudo-membraneuse...................... 443
ART. VI. PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE. 444
Causes.................... 444
Symptômes................. 446
Traitement................. 446
ART. VII. RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE... 447
Signes.................... 450
Lésions anatomiques.......... 450
Traitement................. 450
Cathétérisme de l'œsophage..... 451
ART. VIII. CANCER DE L'ŒSOPHAGE.... 452
Causes.................... 452
Symptômes................. 453
Marche ; durée ; terminaison.... 454
Lésions anatomiques.......... 455
Diagnostic................. 455
Traitement................. 456
ART. IX. DÉGÉNÉRESCENCES CARTILAGINEUSES ET OSSEUSES............ 457
ART. X. DILATATION DE L'ŒSOPHAGE... 457

ART. XI. RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE ... 457
§ I. Définition; synonymie; fréquence ... 458
§ II. Causes ... 458
1° Causes prédisposantes ... 458
2° Causes occasionnelles ... 459
§ III. Symptômes ... 460
§ IV. Marche; durée; terminaison de la maladie ... 461
§ V. Lésions anatomiques ... 462
§ VI. Diagnostic; pronostic ... 463
§ VII. Traitement ... 464
1° Dilatation ... 465
2° Cautérisation ... 469
3° Incision; scarification ... 470
4° Œsophagotomie ... 470
Traitement du rétrécissement causé par des tumeurs voisines de l'œsophage ... 471
ART. XII. ŒSOPHAGISME OU SPASME DE L'ŒSOPHAGE ... 471
§ I. Définition; synonymie; fréquence ... 472
§ II. Causes ... 473
1° Causes prédisposantes ... 473
2° Causes occasionnelles ... 473
§ III. Symptômes ... 474
§ IV. Marche; durée; terminaison ... 476
§ V. Lésions anatomiques ... 477
§ VI. Diagnostic; pronostic ... 477
§ VII. Traitement ... 477
Emissions sanguines ... 478
Antispasmodiques ... 478
Narcotiques ... 479
Huile de cajeput; balsamiques ... 480
Préparations mercurielles ... 480
Électricité ... 481
Boissons froides; glace ... 481
Cathétérisme de l'œsophage ... 481
Précautions à prendre dans le traitement du spasme de l'œsophage ... 482
Résumé ... 482
ART. XIII. PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE ... 482
Traitement ... 483
1° *Traitement curatif* ... 483
2° *Traitement palliatif* ... 484
Observation sur l'emploi du plessimètre ... 485
CHAP. IV. **Affections de l'estomac** ... 486
ART. I. GASTRORRHAGIE (*hématémèse*) ... 487
§ I. Définition; synonymie; fréquence ... 488
§ II. Causes ... 488
1° Causes prédisposantes ... 488
2° Causes occasionnelles ... 489
3° Conditions organiques ... 491
§ III. Symptômes ... 493
§ IV. Marche; durée; terminaison ... 497
§ V. Lésions anatomiques ... 497
§ VI. Diagnostic; pronostic ... 498
§ VII. Traitement ... 501
Émissions sanguines ... 501
Réfrigérants ... 502
Acides; astringents ... 503
Styptiques ... 504
Antispasmodiques et narcotiques ... 504
Vomitifs; purgatifs ... 505
Moyens divers ... 506
Traitement de la gastrorrhagie à ses diverses périodes ... 506
Traitement de la gastrorrhagie supplémentaire ... 507
Traitement de la gastrorrhagie pendant la grossesse ... 507
Traitement de la gastrorrhagie scorbutique ... 507
Accident de la gastrorrhagie qu'il faut reconnaître pour y remédier promptement ... 507
Précautions générales à prendre dans le traitement de la gastrorrhagie ... 508
Résumé; ordonnances ... 509
ART. II. EMBARRAS GASTRIQUE ... 509
§ I. Définition; synonymie; fréquence ... 510
§ II. Causes ... 510
1° Causes prédisposantes ... 510
2° Causes occasionnelles ... 511
§ III. Symptômes ... 512
§ IV. Marche; durée; terminaison ... 514
§ V. Lésions anatomiques ... 514
§ VI. Diagnostic; pronostic ... 515
§ VII. Traitement ... 516
Vomitifs; purgatifs ... 517
Émissions sanguines ... 517
Régime ... 518
ART. III. GASTRITE SIMPLE AIGUE ... 518
§ I. Définition; synonymie; fréquence ... 520
§ II. Causes ... 521
1° Causes prédisposantes ... 521
2° Causes occasionnelles ... 523
§ III. Symptômes ... 524
§ IV. Marche; durée; terminaison ... 531
§ V. Lésions anatomiques ... 531
§ VI. Diagnostic; pronostic ... 532
§ VII. Traitement ... 534
Émissions sanguines ... 534
Vomitifs; purgatifs ... 534
Narcotiques ... 535
Boissons ... 535
Régime ... 535
Résumé; ordonnance ... 536
ART. IV. GASTRITE CHRONIQUE SIMPLE ... 536
§ I. Définition; synonymie; fréquence ... 538
§ II. Causes ... 538

§ III. Symptômes.............. 539
§ IV. Marche; durée; terminaison. 542
§ V. Diagnostic; pronostic....... 543
§ VI. Traitement.............. 544
Émissions sanguines.......... 544
Vésicatoires et autres topiques irritants.................. 545
Narcotiques; anti-émétiques.... 545
Vomitifs; purgatifs; boissons et régime.................. 545
Moyens divers.............. 545
Art. V. Ramollissement blanc avec amincissement de la muqueuse gastrique..................... 546
Art. VI. Ramollissement gélatiniforme de l'estomac............ 552
Causes.................... 553
Symptômes................. 553
Marche; durée; terminaison.... 555
Lésions anatomiques.......... 555
Diagnostic................. 556
Pronostic.................. 556
Traitement................. 556
Traitement curatif........... 556
Diète lactée................ 557
Bains chauds, émollients ou toniques..................... 557
Opium.................... 557
Émissions sanguines; sinapismes; vésicatoires,.............. 557
Traitement prophylactique...... 557
Art. VII. Gastrite ulcéreuse...... 558
§ I. Définition; synonymie; fréquence.................... 558
§ II. Causes............... 559
§ III. Symptômes.............. 560
§ IV. Marche; durée; terminaison. 561
§ V. Lésions anatomiques........ 562
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 563
§ VII. Traitement............. 564
Art. VIII. Perforations de l'estomac. 566
1° Considérations générales, divisions.................... 566
2° Symptômes précurseurs..... 568
3° Symptômes consécutifs...... 568
4° Causes déterminantes....... 569
5° Lésions anatomiques.. 570
Perforations cadavériques...... 570
6° Diagnostic; pronostic....... 571
7° Traitement.............. 573
Art. IX. Rupture de l'estomac..... 574
Fréquence................. 574
Causes.................... 574
Symptômes................. 575
Lésions anatomiques.......... 576
Diagnostic; pronostic......... 578
Traitement................. 579
Art. X. Dilatation de l'estomac.... 580
1° Définition; synonymie: fréquence.................. 581
2° Causes.................. 581
3° Symptômes.............. 581
4° Marche; durée; terminaison. 584
5° Lésions anatomiques....... 585
6° Diagnostic; pronostic....... 586
7° Traitement; abstinence..... 587
Excitants et toniques; purgatifs. 587
Strychnine; vomitifs.......... 587
Régime................... 587
Art. XI. Cancer de l'estomac...... 588
§ I. Définition; synonymie; fréquence.................... 589
§ II. Causes................ 590
1° Causes prédisposantes....... 590
2° Causes occasionnelles....... 594
§ III. Symptômes............. 596
1° Troubles fonctionnels....... 598
2° Tumeur à l'épigastre........ 604
3° Forme du ventre 605
4° Résultats de la percussion... 606
5° Symptômes fournis par le reste du tube digestif........... 606
6° Aspect extérieur........... 607
7° Symptômes généraux........ 608
§ IV. Marche; durée; terminaison. 610
§ V. Lésions anatomiques........ 611
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 619
§ VII. Traitement............. 623
Émissions sanguines; émollients; diète.................... 623
Traitement curatif........... 624
Narcotiques................ 624
Antispasmodiques............ 625
Fondants; mercuriaux......... 625
Préparations d'or; iodurées..... 626
Ferrugineux................ 627
Préparations arsénicales........ 627
Traitement palliatif........... 627
Traitement des douleurs épigastriques.................. 628
Révulsifs... 628
Traitement du vomissement.... 628
Traitement des éructations acides. 629
Toniques.................. 629
Résumé; ordonnances......... 629
Art. XII. Gastralgie............. 631
§ I. Définition; synonymie; fréquence.................... 632
§ II. Causes................ 632
1° Causes prédisposantes....... 633
2° Causes occasionnelles....... 635
§ III. Symptômes............. 637
1° Digestion laborieuse causée par un trouble nerveux de l'estomac.................... 638
Dyspepsie................ 638
2° Gastralgie proprement dite... 639
Formes de la gastralgie........ 644
§ IV. Marche; durée; terminaison. 645
§ V. Lésions anatomiques........ 646

§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 646
§ VII. Traitement 650
Émissions sanguines; émollients; régime sévère.............. 650
Vomitifs; purgatifs........... 651
Antispasmodiques 652
Narcotiques.................. 654
Excitants.................... 657
Toniques; amers; ferrugineux... 658
Médicaments alcalins.......... 659
Moyens divers 660
Affusions froides; hydrothérapie. 661
Résumé 661
Régime; hygiène............. 662
Traitement des symptômes...... 663
Art. XIII. Vomissement nerveux..... 664
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 665
§ II. Causes 666
§ III. Symptômes............... 667
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 669
§ V. Lésions anatomiques........ 670
§ VI. Diagnostic; pronostic....... 671
§ VII. Traitement 675
Art. XIV. Indigestion............. 679
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 680
§ II. Causes 680
1° Causes prédisposantes....... 680
2° Causes occasionnelles....... 680
§ III. Symptômes............... 681
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 683
§ V. Lésions anatomiques......... 683
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 683
§ VII. Traitement.............. 685
Appendice. Polydipsie............ 685
§ I. Définition; synonymie; fréquence. 686
§ II. Causes 686
§ III. Symptômes 687
§ IV. Marche; durée; terminaison. 688
§ V. Diagnostic; pronostic........ 689
§ VI. Traitement.............. 689
CHAP. V. **Maladies occupant à la fois l'estomac et les intestins**.... 691
Art. I. Gastro-entérite........... 691
1° *Gastro-entérite aiguë*....... 692
Symptômes................. 694
Causes.................... 694
Pronostic 694
Diagnostic 695
Traitement................ 695
2° *Gastro-entérite chronique*.... 695
Art. II. Gastro-Entéralgie 695
Art. III. Choléra-morbus sporadique. 695
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 696
§ II. Causes.................. 697
1° Causes prédisposantes....... 697
2° Causes occasionnelles....... 697
§ III. Symptômes............... 698
§ IV. Marche ; durée ; terminaison. 700
§ V. Lésions anatomiques......... 700
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 701
§ VII. Traitement.............. 702
Emissions sanguines.......... 702
Vomitifs ; purgatifs ; opiacés.... 703
Moyens divers............... 704
Traitement des symptômes...... 704
Résumé; ordonnances......... 704
Art. IV. Choléra-morbus épidémique. 705
§ I. Définition ; synonymie ; fréquence.................... 706
§ II. Causes.................. 707
1° Causes prédisposantes....... 707
2° Causes occasionnelles....... 710
§ III. Symptômes............... 711
1° Début.................. 712
2° Période algide............ 714
3° Période de réaction......... 725
§ IV. Marche; durée; terminaison. 728
§ V. Lésions anatomiques........ 729
§ VI. Diagnostic ; pronostic....... 738
§ VII. Traitement.............. 741
Traitement de la période algide. 741
Emissions sanguines........... 741
1° *Médication interne*.......... 742
Excitants internes............ 742
Préparations ammoniacales..... 742
Arnica ; café ; essence de menthe. 743
Antispasmodiques 743
Narcotiques; opium........... 744
Astringents ; toniques......... 745
Vomitifs; purgatifs........... 745
Préparations alcalines......... 746
Injections alcalines............ 747
Nitrate d'argent.............. 748
Eau froide ; glace............. 749
Huile de cajeput.............. 749
Chloroforme................. 749
Ail ; haschisch............... 750
Noix vomique; strychnine...... 750
Moyens divers............... 751
2° *Médication externe*......... 751
Chaleur 751
Affusions; douches froides...... 752
Sinapismes.................. 752
Frictions irritantes........... 752
Cautérisation du rachis........ 753
Traitement des crampes....... 753
Anti-émétiques; vésicatoires.... 754
Traitement de la période de réaction.................... 755
Résumé; traitement préservatif. 755
Traitement de la cholérine...... 756
Régime..................... 757
Résumé du traitement......... 758

FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME VOLUME.


returned


17227
du médecin
DATE DUE

